

産後ケア（ショートステイ）問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		電話番号	
氏名		緊急連絡先	《氏名： (続柄)》
生年月日	S・H 年 月 日	既往歴	□なし □あり ()
出産歴	□初産 □経産 (第 子)	内服薬	□なし □あり ()
今回の分娩方法	□経膈分娩 □帝王切開	アレルギー	□なし □あり ()
産後の経過	□正常 □貧血 □産後うつ □乳腺炎 □その他 ()		
赤ちゃんの経過	□正常 □黄疸 □その他 ()		
赤ちゃんの体重	出生時 g (週 日) / 最近の体重 g (測定日： /)		

●今回の利用目的（気になっていることや助産師に相談したいことなど）を教えてください

身体的な心配	□乳房のはり □尿漏れ □疲れがとれない □傷がかゆい □その他 ()		
メンタル面での心配	□気分が落ち込む □眠れない □涙が出る □その他 ()		
家族やサポート	□子育てのサポートがない □経済的な問題 □家族の問題 □その他 ()		
赤ちゃんについて	□体重増加（不良・ふえすぎ） □湿疹・おむつかぶれ □吐き戻し □ミルクの足し方 □哺乳に関すること □尿や便について □その他 ()		

●赤ちゃんの普段の授乳状況・排泄状況について教えてください

□母乳	回/日	□おしっこ	回/日
□搾乳	ml/日	□うんち	回/日
□ミルク	ml/日		

家族構成 □夫・パートナー □子ども (人) □義母 □義父 □実母 □実父

●現在の育児は誰がどのようにサポートしてくれていますか？

●普段の赤ちゃんとの1日を教えてください（おおよその時間帯で構いません）

