

産後ケア問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・お母さんについてお聞かせください。

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------|-------|
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 〒 _____ _____ 電話番号 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 _____ 続柄 () _____ 電話番号 | | | |
| 既往歴・内服歴 | | | | |
| アレルギー | 食べ物 無・有 () その他 無・有 () 薬 無・有 () | | | |
| 今回の産後ケア利用目的を教えてください ・休息 ・母乳相談 ・育児手技獲得 ・沐浴指導 ・その他 () | | | | |
| オプション (有料) の希望 | 沐浴 無・有 | アロマ 無・有 | | |
| 気になっていることや相談したいことなどを教えてください。 | | | | |
| ・当院以外でご出産された方は以下もご記入ください。 これまでの妊娠・出産歴 | | | | |
| | 妊娠・出産・産後の状態 | 出生時の体重 (性別) | | 現在の状態 |
| 年 月 日 | 妊娠 週頃 (経腔・帝王切開) | g | (男・女) | 健・否 |
| 年 月 日 | 妊娠 週頃 (経腔・帝王切開) | g | (男・女) | 健・否 |
| 年 月 日 | 妊娠 週頃 (経腔・帝王切開) | g | (男・女) | 健・否 |
| 年 月 日 | 妊娠 週頃 (経腔・帝王切開) | g | (男・女) | 健・否 |

・お子さんについてお聞かせください。

| | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|
| ふりがな 児の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 出生時体重 | g | 出生時身長 | cm |
| 愛称 (呼び名) | | | |
| 栄養方法 | ・母乳 () 回/日 ・ミルク () ml × () 回/日 ・搾乳 () ml × () 回/日 | | |
| お子さんについて教えてください。 (クセ、かわいいところ、など) | | | |