

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)			