

★産後ケア問診票★

来院時にスタッフへお渡し下さい
* 過去1ヶ月以内にご利用いただいている場合には不要です

記入頂きました情報は個人情報の保護に基づき、適切に取り扱わせていただきます。【記入日 / / 月 / 日】

お名前(母/子)	/
既往歴・感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
家族構成	<input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> その他()
出産歴	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(回目)
出産病院/出産日	/ 年 月 日
分娩方法	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 無痛分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開
産後の経過	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 産後うつ <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> その他()
赤ちゃんの経過	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> その他()
赤ちゃんの体重	出生時 g / 最近の体重 g (測定日 / /)

● 今回の利用目的を教えてください

休息 授乳相談 育児相談 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

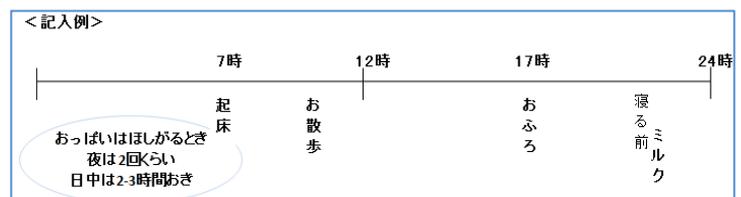
母乳 ____回/日 搾乳 ____ml × ____回 ミルク ____ml × ____回
おしっこ ____回/日 うんち ____回/日

● 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 (授乳時間やお風呂の時間などおおよそで構いません)

0時 12時 24時



● ご利用中の緊急連絡先を教えてください

氏名 _____ (続柄) 電話番号()

● 不安なこと、入院中のご希望などありましたらご記入下さい

()

●赤ちゃんのご兄弟姉妹についてお尋ねします

- ① _____歳 (自宅保育 保育園 幼稚園 就学)
② _____歳 (自宅保育 保育園 幼稚園 就学)
③ _____歳 (自宅保育 保育園 幼稚園 就学)

●育児の環境についてお尋ねします

育児を協力してくれる方がいますか？はいの場合は、どなたですか？

はい () いいえ

育児などの悩みを相談出来る方はいますか？はいの場合には、どなたですか？

はい () いいえ

子育てをする環境として、今の住まいや周囲の環境に満足していますか？

はい いいえ

生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？

いいえ はい ()

夫(パートナー)やご家族のこと、ご自身との関係性でなやんでいることはありますか？

いいえ はい ()

ご記入ありがとうございました

バースホーム湘南鎌倉