

# 産後ケア利用者問診票

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				生年月日	年 月 日 (歳)
氏名					
緊急連絡先	①氏名 続柄 ( ) 電話番号				
	②氏名 続柄 ( ) 電話番号				
既往歴 感染症	無	有	( )		
アレルギー	食べ物	無	有	( )	
	薬	無	有	( )	
出産歴	初産	経産	(回目)		
今回の出産医療機関					
分娩方法	経膣分娩	無痛分娩	帝王切開		
産後の経過	正常	貧血	乳腺炎	産後うつ	高血圧 ( )
今回以外の妊娠・産後の異常 例) 1人目のお産で輸血をした。産後うつになった。 無 有 ( )					
今回の産後ケア利用の目的や困っていることを教えてください。					

お子さんについてお聞かせください。

ふりがな				生年月日	年 月 日
児の氏名					
出生体重		g	出生時身長	cm	愛称(呼び名)
栄養方法	母乳( )回/日 搾乳( )ml×( )回/日 ミルク( )ml×( )回/日				
排泄	おしっこ( )回/日 うんち( )回 / ( )日				
お子さんについて教えてください。例) 育児にあたって特に気を付けていること、好きな遊び、癖、かわいい所など					
お子さんの既往歴(今までにかかった病気・治療・内服薬)					