

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 その他 ()				
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			出生時身長		愛称(呼び名)
	g				
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)					