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下さい。

ふりがな		生年月日	年　月　日 (　歳)
氏名			
住所	〒(　ー　) 電話番号		
緊急連絡先	氏名　電話番号 続柄 (　)		

これまでの妊娠・出産歴

出産年月日	妊娠・出産・産後の状態	出生児の体重(性別)		現在の子の状態
年　月　日	正常・異常(妊娠　週(第　月)頃)	g	(男・女)	健・否
		g	(男・女)	健・否
		g	(男・女)	健・否
		g	(男・女)	健・否

今回の出産医療機関	既往歴・内服薬

妊娠・出産・産後の経過　(例：血圧が高かった、出産後貧血になり鉄剤内服した等)

アレルギー	食べ物　無　有 (　)　薬　無　有 (　) その他　無　有 (　)

今回産後デイケアの利用目的を教えてください。

休息　　母乳相談　　育児手技獲得　　その他(　)

気になっていることや助産師に相談したいことなど教えてください。

お子さんについてお聞かせ下さい。

ふりがな			生年月日	
児の氏名	(男・女)			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	搾乳(　)ml×(　)回/日		ミルク(　)ml×(　)回/日

お子様について教えてください。(例：好きな遊びや、癖、かわいい所など)

新家産婦人科医院・産後ケアルームアニス