

産後ケア 自治体の助成利用 無・有（自治体名： ）

ID（ご不明な場合は空欄のままでもかまいません）		ふりがな お名前	様	ふりがな お子様の名前	男・女
お母さんの生年月日	昭和 平成	年	月	日	お子様の生年月日
		令和	年	月	日
食事のアレルギー 無・有（ ）					
アレルギー 無・有（ ） 喘息 無・有（ ）					
現在使用中の薬剤 無・有（ ）					
お母さんの体温		℃		お子様の体温	
				℃	

産後ケアご利用にあたっての希望をお聞かせください♪（□に✓をつけて下さい）

○滞在中はどのようにお過ごしになりますか

- ゆっくり休みたい（なるべく赤ちゃんを預かってほしい）
- 自分のできる範囲で赤ちゃんと一緒に過ごしたい（できる範囲で同室を希望）
- 赤ちゃんとお過ごしたい（同室を希望）

○赤ちゃんやお母さんのことで気になること、相談したいことがありますか

- お母さんの健康管理や生活面の相談
- 抱っこやおむつ交換などの赤ちゃんの世話について
- 授乳について（乳房ケアを含む）
- 沐浴について
- 赤ちゃんの成長・発達の確認、相談
- その他

○滞在中の沐浴の希望

- スタッフで実施して欲しい→保湿剤についての要望 無・有（ ）
- ☆保湿剤について特に要望なければ当院で用意してあるものを用います
- 沐浴指導を受けたい（1回目無料・2回目より有料となります）
- 自分で毎日実施したい（入所室の洗面台に洗面台にベビーバスをセットして行う方法）

赤ちゃんの授乳・排泄の状況について教えてください♪

○現在の授乳状況

- ・母乳
 - ・混合
 - ・ミルク
- 母乳 回/日
- ミルク mlを 回/日

○排泄状況

- ・尿 回/日
- ・便 回/日

○前回授乳時間

時頃

《スタッフ記入欄》					
生後日数	日目	か月	日目	初産・（ ）回経産	
出生体重	g	入所時体重		g	
退院時体重	g	退院時～		g/日増	
1か月健診体重	g	1か月診～		g/日増	担当サイン