

産後ケア 自治体の助成制度利用 無・有（自治体： 市 ）

ID（ご不明な場合は空欄のままでかまいません）		ふりがな お名前 様		ふりがな お子様の名前 第 子 男・女	
お母さんの生年月日 昭和 平成 年 月 日（ 才）		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（ ）					
内服中の薬に影響を与える食品 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

☐ 自分で毎日実施したい

赤ちゃんの授乳・排泄の状況について教えてください♪

○授乳状況	母乳 ・ 混合 ・ ミルク	○排泄状況	
授乳回数	計 回／日	[・尿 回／日 ・便 回／日 ○最終排便 / 時ころ	
[うち	母乳 回／日		
	ミルク mlを 回／日		
	搾乳 mlを 回／日		
○前回授乳時間	_____ 時頃	○K2シロップ次回内服予定日	/

《スタッフ記入欄》 ※母子手帳の「予防接種の記録」確認。接種歴あれば接種日時をここに記載。					
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	

☆初めてご利用の方、前回ご利用時より内容に変更のある方は記載してください。

住所 〒		
電話番号	職業	
緊急連絡先 ①	(氏名	続柄)
②	(氏名	続柄)

☆かわぐちレディースクリニック以外でご出産された方は記載してください。

既往歴又は現在治療中の病気 無 ・ 有		
現在内服中の薬剤 無 ・ 有		
感染症 無 ・ 有 (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV ・ HTLV-1 ・ その他)		
妊娠中の異常 無 ・ 有 妊娠高血圧症候群 切迫早産 貧血 前置胎盤 妊娠糖尿病		
分娩の状況 分娩日時 年 月 日 出産施設 在胎週数 週 日 分娩様式 自然 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 (予定・緊急) 出血量 少量 ・ 中等量 ・ 多量 (ml) 輸血 有 ・ 無 特記事項 無 ・ 有 前期破水 臍帯巻絡 羊水混濁 胎児機能不全 その他 ()		
出生体重 g 出生時の問題 無 ・ 有 (保育器使用 ・ 酸素使用 ・ 点滴実施 ・ その他) 出生後の問題 無 ・ 有 (黄疸 ・ その他)		
1か月健診受診予定日 (又は受診が済んでいる方は受診した日) /		
1か月健診以外で受診予定はありますか？ ママ 無 ・ 有 (/ : ~ 受診目的：) お子さん 無 ・ 有 (/ : ~ 受診目的：)		

スタッフ記入欄（実施したら☑） かわぐちの産科問診票をコピーして確認

- ☐ 既往歴確認
- ☐ 食事アレルギー・禁止食材有の場合は、別紙「アレルギーアンケート」記載内容確認、明光へ連絡。
- ☐ 妊娠・分娩歴確認
- ☐ 今回の妊娠・分娩・分娩後の母児の経過確認
- ☐ 健康チェックシート確認

担当サイン