

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		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、薬の持参 無 ・ 有（ ）

☆保湿剤について…特に要望がなければ当院で用意してあるものを使用します。

☐ 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♪

○現在の授乳状況

・母乳 ・混合 ・ミルク

授乳回数 計 回／日

うち 母乳 回／日

ミルク mlを 回／日

搾乳 ml 回／日

○前回授乳時間 時頃

○排泄状況

[ ・尿 回／日

・便 回／日

○最終排便 / 時ころ

○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		
治療中食べられない食材はありますか？ 無 ・ 有 ( )		
現在内服中の薬剤 無 ・ 有		
内服中一緒に食べられない食材はありますか？ 無 ・ 有 ( )		
喘息 無 ・ 有		
アレルギー 無 ・ 有 ( )		
食事のアレルギー 無 ・ 有 ※アレルギー有の方は別紙の「食事アンケート」の記載をお願いします。 (入所時に既にご提出頂いた方は記載不要です。)		
妊娠中の異常 無 ・ 有 強いつわり 妊娠高血圧症候群 切迫流産 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確認

- ☐ 既往歴確認
- ☐ 食事アレルギーあり or 禁止食材ありの場合は、別紙「食事アンケート」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 \_\_\_\_\_