

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	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	°C	お子様の体温	°C	

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)  
赤ちゃんと過ごしたい (同室を希望)

○赤ちゃんやお母さん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

○排泄状況

・尿	回/日
・便	回/日

○最終排便 / 時ころ

○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ヶ月健診体重	g	1ヶ月診～	g/日増 担当サイン

## 産後ケア問診票

☆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 ②	(氏名) (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 貫血 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    脘帯巻絡    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□） かわくり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 \_\_\_\_\_