

産後ケア問診表

フリガナ			
お母さんの氏名		生年月日	年　月　日（　歳）
住所	〒		
電話番号			
アレルギー	食べ物　なし・あり（　　）　薬　なし・あり（　　）		
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号
今回の出産医療機関		当院を受診されたことはありますか？ はい・いいえ	
分娩様式	経産分娩 帝王切開(予定・緊急)	妊娠・出産時に異常はありましたか？ 例) 血圧高かった、出血が多かった等 いいえ・はい（　　）	
現在治療中の病気 はありますか？	なし・あり（　　）	現在内服中の薬 はありますか？	なし・あり（　　）
これまでに病気やケガをされたことはありますか？　なし・あり（　　）			
心療内科・精神科を受診 されたことはありますか？	なし・あり（　　）	その時に内服 されましたか？	なし・あり（　　）
フリガナ		お子さんの 生年月日	年　月　日
お子さんの氏名	(男・女)		
出生時の体重	g	出生時の週数	週
出生時に異常は ありましたか？	なし・あり（　　）	お子さんに必要な 医療処置はありますか？	なし・あり（　　）
世帯構成 母子以外を記入 してください	氏名	年齢	続柄
おもなサポートはどなたですか？		夫・実母・その他（　　）	
希望内容を 教えてください	育児相談　母乳相談　休息　その他（　　）		