

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	経膣分娩 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			
お子さんの氏名	(男・女)	お子さんの 生年月日	年 月 日
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 ()		