

ID： 氏名：
記入日： 年 月 日
入所予定期間： 月 日～ 月 日（泊 日）

産後ケア問診票・ケアプランシート

当てはまるものにチェックしてください

・産後ケアの目的(複数回答可)

授乳 休息 育児相談 その他()

・母児同室の希望

状況に応じて相談し預かって欲しい 夜間のみ預かって欲しい

同室希望ないが、授乳の時は連れて来てほしい

・沐浴の希望

自分で実施(毎日 希望日 月 日)

助産師が沐浴しているところを見学したい

実施希望無し

・夫や家族への育児指導の希望

なし あり(内容：)

・アロママッサージ(2泊3日以上の方1回、5泊6日以上の方2回)

希望日① 月 日 ② 月 日

・その他の希望やご質問

[]

当院分娩の方はここで終了です。他院分娩の方は右側の問診票もご記入下さい。

他院分娩の方におたずねします。

・分娩日：令和 年 月 日 分娩週数： 週 日

・お子さんの性別 男児・女児 分娩場所 ()

・最近測定したお子さんの体重 (g 月 日 測定)

・今までにかかった病気や現在治療中(通院中)の病気はありますか？

なし 心臓 喘息 高血圧 糖尿病 甲状腺 精神疾患

その他 ()

・アレルギーはありますか？

なし 薬(薬品名：) 食べ物(食品名：)

・現在使用しているお薬はありますか？

なし ある(薬品名：)

・分娩施設で気をつけるように言われている事はありますか？

お母さん ()

赤ちゃん ()

・入院中や退院後に困った事はありましたか？

[]

・おうちに帰った後、お母さんが休める環境はありますか？

しっかり休める まあまあ休める あまり休めない 全く休めない

・育児のサポート体制で困っている事はありますか？

[]

ご記入ありがとうございました。