

## 《 産後ケア利用者情報用紙 》

氏名： 年齢： 歳

住所：

緊急連絡先 1：名前 TEL

2：名前 TEL

ご家族：

本人との関係	氏名	年齢	居住	その他
夫（パートナー）		歳	同・別	
		歳	同・別	
		歳	同・別	

① 産後ケアをご利用になる理由を教えてください。（複数回答可）

育児に対する不安がある  ご家族からの支援が受けられない

母乳育児に不安がある  体調に不安がある  その他

具体的に以下に理由をお書きください。

② 分娩・赤ちゃんの体重をお教えてください。

分娩方法 経膈分娩（自然・分娩誘発・吸引・鉗子）・帝王切開（適応： ）

分娩時間 時間 分

分娩時出血量： ml

出産場所：

分娩・産褥の状況 母：良好・不良（理由： ）

子：良好・不良（理由： ）

出生日： 年 月 日（週 日）体重： g

退院日： 月 日（生後 日）体重： g

③ 指導や検査についてお聞かせください。（生後 1 か月未満の方）

・調乳指導 済み ・ 未（希望する ・ 希望しない）

・沐浴指導 済み ・ 未（希望する ・ 希望しない）

・授乳指導 済み ・ 未（希望する ・ 希望しない）

・先天性代謝異常の検査 済み ・ 未

・聴力検査 済み ・ 未

・K2 シロップ内服 服用日 1 回目 月 日 / 2 回目 月 日

退院後の服用予定 あり（予定日 ）なし・終了済み

・1 か月健診予定日 月 日

・その他受診予定日 月 日（受診先： 受診内容： ）

2/2 産後ケア 利用者情報用紙（他院分娩 1 か月未満利用者用）

④ お母様について教えてください。

- ・基礎疾患 無 有（ ）
- ・持参薬 無 有（ ）
- ・感染症 無 有  
 HBs 抗原  梅毒  HCV 抗体  HIV  HTLV-1  
 その他（ ）
- ・アレルギー 無 有（ ）
- ・喫煙 いいえ はい（ 歳から 本/日）
- ・飲酒 いいえ はい（ ml/日）
- ・退院後のサポート 無 有（間柄 ）
- ・夫（パートナー）の育休取得 無 有（期間 ）
- ・里帰り 無 有（期間 ）
- ・里帰り場所（ ）
- ・仕事復帰 無 有 職業（ ）
- ・復帰時期 年 月 予定 ・未定

⑤ 今回での産後ケア入院でのご希望やご要望を具体的にご記入ください。