

## 《 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。

(双胎の場合は第1子を黒色・第2子を他の色で記入してください。)

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

1か月健診日 : 月 日 (生後 日) 体重 : g

③ 赤ちゃんの現在の哺乳状況について教えてください。

(双胎の場合は第1子を黒色・第2子を他の色で記入してください。)

母乳回数 回/日、搾乳回数 回/日 (搾乳量 : ml/回)

ミルク回数 回/日 (ミルク量 : 日中 ml × 回、夜間 ml × 回)

おおよその授乳している時間に○をしてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

2/2 産後ケア 利用者情報用紙 (生後 60 日未満利用者用)

④ 健診や新生児の検査などについてお聞かせください。

- ・先天性代謝異常の検査 (済み 異常なし・異常あり / 未)
- ・聴力検査 (済み 異常なし・異常あり / 未)
- ・K2 シロップ内服 分娩入院中の内服日 1回目 月 日 / 2回目 月 日  
退院後の服用予定 あり (産後ケア入所中の内服予定日 ) なし・終了済み
- ・今後の健診または受診予定日 月 日 (内容: )

④ お母様の情報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 ( )
- ・仕事復帰時期 年 月 予定 ・未定
- ・世帯について ( 課税世帯 ・非課税世帯 ・生活保護世帯)

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。

- ・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)

具体的なご希望やご要望をご記入ください。