

# 産後ケア問診票

わかる範囲で記入して頂き来院時に病棟スタッフへお渡しください。

お名前(母/子)	/
家族構成	<input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 子( 人) <input type="checkbox"/> その他( )
出産歴	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産( 回)
既往歴・感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 薬剤( ) <input type="checkbox"/> 食物( ) <input type="checkbox"/> その他( )
出産病院/出産日	当院・その他( )/ 年 月 日
分娩形式	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 無痛 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 帝王切開(適応: )
出血量	<input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 ( ml)
産後の経過	<input type="checkbox"/> 特記なし <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 産後うつ <input type="checkbox"/> その他( )
赤ちゃんの経過	<input type="checkbox"/> 特記なし <input type="checkbox"/> 特記あり( )
赤ちゃんの最近体重	g (測定日: / )

●産後のサポート体制を教えてください

●産後ヘルパー等の契約・利用があれば教えてください

●普段の授乳・哺乳・排泄状況について教えてください

直接授乳 \_\_\_\_\_回

搾乳 \_\_\_\_\_ml × \_\_\_\_\_回

ミルク \_\_\_\_\_ml × \_\_\_\_\_回

排尿 \_\_\_\_\_回 排便 \_\_\_\_\_回 最終排便( / 、 \_\_\_\_\_時頃)

●今回のご利用での過ごし方の希望を教えてください ※病棟の状況により希望にそえないことがあります

授乳時以外お預かり 母児同室 その他 ( )

●沐浴の希望について教えてください ※ショートステイ利用の場合、退院時の沐浴はスタッフが実施します

スタッフが実施 沐浴指導希望

●ここ1か月、気分が落ち込んだり、憂鬱な気分になりましたか

はい いいえ

●ここ1か月、何をしても楽しくないと感じますか

はい いいえ

●不安なこと、ご希望のことがあれば記入をお願いします