

産後ケア問診票

記入日： 年 月 日

氏名	産婦 (歳)	生年月日	ジェノグラム		
	夫 (歳)	生年月日			
住 所	〒636-00 王寺町		TEL：携帯	-	-
			自宅	-	-
利用希望理由	利用申請書(写)参照				
感染症	☐ 母子手帳の記載 ☐ 母子手帳コピーの添付 ☐ 検査結果用紙の添付				
職業	常勤 ・ パート () 回/週 ・ 専業主婦				
乗り物	☐ 車 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 他				
宗教					
既往歴	心臓病 高血圧 腎臓病 肝臓病 糖尿病 甲状腺疾患 産婦人科疾患 貧血 整形外科疾患 輸血歴 遺伝的疾患 その他 ()				(妊娠届出で 省略可 添付可)
産科歴	妊娠 () 回・出産 () 回・流産 () 回・中絶 () 回				
産褥状況	妊娠中の経過	異常：無 有 ()			母子手帳または情報提供書で 省略可 (添付可)
	入院中の経過	子宮復古：良好 ・ 不良 ()			
		乳房状態：良好 ・ 不良 ()			
		母の気持ち：良好 ・ 不安 ()			
	退院時の状況	退院日 月 日 (産後 日目) 乳汁分泌： 悪露： 縫合部痛： その他：			
退院後の経過					
児	ふりがな		生年月日	令和 年 月 日生	
	氏名	男 ・ 女	妊娠週数週日	妊娠週数 週 日	
			第 子 (単胎・多胎)		
出生時の状況	体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm	母子健康手帳で省略可 (添付可)
分娩場所	都道府県 市区町村 医療機関名：				
分娩の状況	分娩方法：自然・人工 (鉗子・吸引・帝王切開) 経過：頭位・骨盤位 誘発 促進 異常：無 ・ 有 (微弱陣痛・遷延分娩・早期破水・前期破水・羊水混濁・臍帯巻絡・胎盤早期剥離・胎児切迫仮死) (その他) 出血量：少・中・多 (ml)				
入院中の経過	光線療法：無・有 () 輸液：無・有 () 酸素：無・有 () 保育器収容：無・有 (日) 栄養：母乳・混合・人工 他：				
退院時の経過	退院日： 年 月 日 (生後 日目) 体重： g 栄養：母乳・混合・人工				
退院後の経過					