

産後ケア問診票

氏名	産婦	生年月日	職業	児	ふりがな	生年月日	令和 年 月 日生		
	(歳)				氏名		妊娠週数 週 日	男・女	
	夫	生年月日		出生時の状況	体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm	
住所	〒 TEL: 携帯 - - 自宅 - -			分娩場所	都道府県 市区町村 医療機関名:				
産後ケア希望理由	様式第1号参照			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)				
ジェノグラム	新生児訪問記録添付 <input type="checkbox"/>			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				
感染症	<input type="checkbox"/> 母子手帳の記載 <input type="checkbox"/> 母子手帳コピーの添付			退院後の経過					
職業	常勤 ・ パート () 回/週 ・ 専業主婦			産褥状況	妊娠中の経過	異常: 無 有 ()			
乗り物	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 他				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 ()			
生活	○食生活 こだわり: 味付け: 薄・普通・濃 嫌いなもの アレルギー食品: 苦手な食材: コーヒー: 紅茶: 麦茶: 薬・サプリ:				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:			
	○飲酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ○喫煙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ○運動 現在/ 過去/ ○排便習慣 回/ 日 内服等: ○タイムテーブル				退院後の経過				
	本人 0 12 24 パートナー 0 12 24			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 ()				
宗教				産科歴	妊娠 () 回・出産 () 回・流産 () 回・中絶 () 回				

母子健康手帳で省略可

母子手帳または情報提供書で省略可

妊娠届出で省略可