

産後ケア問診票

ふりがな

氏名 : _____

生年月日 : 年 月 日

体重 Kg 身長 cm

ふりがな

お子様の氏名 : _____

連絡先 (自宅) _____ 携帯電話 (本人) : _____

緊急連絡先① : _____ (お名前)

緊急連絡先② : _____ (お名前)

1. アレルギーについて (該当するアレルギーはありますか)

本人	お子さん
<input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし

2. 今までにかかった病気について (治療歴や治療中の病気はありますか。)

本人	お子さん
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器 (喘息など) <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 脳・神経の病気 (てんかん/ <input type="checkbox"/> 精神病や気分障害 (パニック障害など) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()

3. 毎日飲んでいる薬はありますか

本人の薬 ()	お子さんの薬 ()
---------------------	-----------------------

4. 心配や不安なことについて (現在困っていること)

身体的な心配	<input type="checkbox"/> 傷が痛い <input type="checkbox"/> 傷がかゆい <input type="checkbox"/> おなかがへこまない <input type="checkbox"/> 出血が続いている <input type="checkbox"/> 尿漏れ <input type="checkbox"/> 乳房のはり <input type="checkbox"/> その他 ()
メンタル面で の心配	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 涙がでる <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> その他 ()
家族やサポー トについて	<input type="checkbox"/> 子育てのサポートがない <input type="checkbox"/> 経済的な問題 <input type="checkbox"/> 家族の問題 <input type="checkbox"/> その他 ()
赤ちゃんの 心配・哺乳など	<input type="checkbox"/> 体重増加 (不良・ふえすぎ) <input type="checkbox"/> 尿や便について <input type="checkbox"/> 吐き戻し <input type="checkbox"/> ミルクの足し方 <input type="checkbox"/> 哺乳に関すること <input type="checkbox"/> 湿疹・おむつかぶれ <input type="checkbox"/> その他 ()

5. 他施設で出産された方は、以下の項目にお答えください

①同居されているかたはどなたですか (レ点をいれてください)

- 夫 (パートナー) 子 (人)
実父 実母 義母 義父 兄弟 友人
その他 ()

②結婚について

- 未婚 既婚

③今回の妊娠・出産・産後について

出産日	年 月 日	
分娩方法	自然・吸引・かんし・無痛・帝王切開	
出生体重	g	性別 男 ・ 女
出産場所	名称：	
経過について		
妊娠中	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎症 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎児発育遅延 <input type="checkbox"/> 入院歴あり	
出産時	<input type="checkbox"/> 弛緩出血 <input type="checkbox"/> 輸血あり <input type="checkbox"/> 会陰裂傷IV度	
産後	<input type="checkbox"/> 創部癒合不良 <input type="checkbox"/> 子宮復古不全 <input type="checkbox"/> 子宮内感染 <input type="checkbox"/> 乳腺炎	
その他		

④過去の出産について

出産した日	分娩様式	出生体重	性別	経過中の異常
年	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> かんし <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 無痛分娩	g	男・女	
年	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> かんし <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 無痛分娩	g	男・女	
年	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> かんし <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 無痛分娩	g	男・女	