

産後ショートステイ問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		電話番号	
氏 名		住 所	
生年月日	年 月 日	既往歴	☐ なし ☐ あり（ ）
出産歴	☐ 初産 ☐ 経産（第 子）	内服薬	☐ なし ☐ あり（ ）
今回の分娩方法	☐ 経膣分娩 ☐ 帝王切開	アレルギー	☐ なし ☐ あり（ ）
出産した日	年 月 日		
産後の経過	☐ 正常 ☐ 貧血 ☐ 産後うつ ☐ 乳腺炎 ☐ その他（ ）		
赤ちゃんの経過	☐ 正常 ☐ 黄疸 ☐ その他（ ）		
赤ちゃんの体重	出生時 g（ 週 日）/最近の体重 g（測定日 / ）		

★今回の利用目的(気になっていることや助産師に相談したいことなど)を教えてください

身体的な心配	☐ 乳房のトラブル ☐ 疲れがとれない ☐ 傷が痛い ☐ その他（ ）
精神的な心配	☐ 気分が落ち込む ☐ 眠れない ☐ 涙が出る ☐ その他（ ）
社会的な心配	☐ サポートがない ☐ 経済的な問題 ☐ 家族の問題 ☐ その他（ ）
赤ちゃんの心配	☐ 体重増加(不良・ふえすぎ) ☐ 湿疹 ☐ おむつかぶれ ☐ 尿や便について ☐ 吐き戻し ☐ ミルクの足し方 ☐ 哺乳に関すること ☐ その他（ ）
育児の心配	☐ 授乳がうまくいかない ☐ うまく抱っこできない ☐ 沐浴・お風呂が不安 ☐ おむつ交換がうまくいかない ☐ その他（ ）

★赤ちゃんの普段の授乳状況・排泄状況について教えてください

☐母乳 回/日 ☐おしっこ 回/日
☐搾乳 mlを 回/日 ☐うんち 回/日
☐ミルク mlを 回/日

★現在の育児は誰がどのようにサポートしてくれていますか？

★普段の赤ちゃんとの1日を簡単に教えてください(おおよその時間帯で構いません)

[illegible]