

産後ケア問診票

記載日： 年 月 日

1. 氏名：

2. 当院受診歴： あり 無し

3. 診察券番号：

4. 当院診察券が無い場合、旧姓：

5. 住所：

6. 電話番号

7. 健康状態 発熱、かぜ症状、下痢、発疹などありませんか。(体調不良者と接触)

お母様：

お子様：

同居家族：

8. 今回、立川市の産後ケア事業ご利用ですか：はい (番号) 無し

9. 分娩日： 年 月 日

10. 分娩回数： 初産 経産 (回)

11.分娩様式： 経膣分娩 帝王切開

12. 出産病院名：

13.授乳状況： 母乳中心 混合栄養 ミルク中心

14.哺乳量：ミルク補足量 ml／回

15.産後ケアで希望されることはありますか：

休息中心 授乳指導 相談
その他

16.お母様のアレルギー：あり 無し

〈内容と症状〉

食物：

薬剤：

その他：

17.臨床心理士との面談希望：あり 無し

〈内容〉

18.外来受診希望：あり 無し

19.その他伝えたいことがありましたら、ご記入ください。