

産後ケア入所をご利用される方々へ

私たちは、お母さんと赤ちゃんに合わせたケアを行いたいと考えております。

ご面倒ではありますが、記入にご協力をお願い致します。

なお、分かりにくいところ、お答えしたくないところは空白のままで構いません。

お答えいただいた内容については秘密を守ることをお約束致します。

小山記念病院 産婦人科病棟

ご記入日: 年 月 日

ID

ふりがな

★お母さんのお名前： 初産・経産（ ）人目

赤ちゃんの問診

出 産 日: 年 月 日 () 週

ふりがな

★赤ちゃんのお名前:

産まれた時の体重(g) 性別 :男・女 生後()ヶ月

出産施設：当院 ・ 他院()

★栄養 母乳 ・ 混合 ・ ミルク

母乳 ()回/日

ミルク ()ml×()回/日 ⇒ 1日の総量()ml

搾乳 ()ml×()回/日 ⇒ 1日の総量()ml

★最終排泄：尿()時 便()時

★おおよその睡眠時間　： 昼間(　　)時間、夜間(　　)時間

★おしゃぶり使用 可 ・ 否

★出産後、赤ちゃんは何か治療を受けましたか。

お母さんの問診

職 業： 職場復帰の有無： なし・あり（ 年 月頃）

連絡先：携帯：自宅電話：

:その他 *昼夜とも連絡がつくところ2か所

利用目的：育児不安・休みたい・社会的適応()・サポート不足

その他()

出 産 日: 年 月 日 () 週

★今まで何かご病気をしたことはありますか。 なし・あり ()

★出産後ご自身は何か治療を受けましたか。なし・あり（ ）

★現在内服している薬はありますか。なし・あり ()

育児支援チェックリスト

あなたへの適切な援助を行うために、あなたの気持ちや育児の状況について下記の質問にお答えください。

どちらか、より当てはまる方に○を付けてください。

1. 今回の妊娠中に、お腹の中の赤ちゃんはあなたの体について、または、お産の時に医師から何か問題があると言われていませんか？はいと答えた方はそれはどのようなことですか？

はい() いいえ

2. これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか？

はいと答えた方はそれはどのようなことですか？

はい() いいえ

3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師に相談したことがありますか？はいと答えた方はそれはどのようなことですか？

はい() いいえ

4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。

- ① 夫には何でも打ち明ける事ができますか？

はい いいえ 夫がいない

- ② お母さん(実母)には何でも打ち明けることが出来ますか？

はい いいえ 実母がいない

- ③ ご主人やお母さん(実母)のほかにも相談できる人がいますか？

はい いいえ

5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？はいと答えた方はそれはどのようなことですか？

はい() いいえ

6. 子育てをしていくうえで、今のお住まいや環境に満足していますか？

いいえと答えた方はそれはどのようなことですか？

はい いいえ()

7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故にあったことがありましたか？はいと答えた方はそれはどのようなことですか？

はい() いいえ

8. 赤ちゃんがなぜむずがったり、泣いたりしているのか分からないことがありますか？

はい いいえ

9. 赤ちゃんを叩きたくることがありますか？

はい いいえ

赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下に挙げているそれぞれについて、今のあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけて下さい。

	ほとんどいつも 強く感じる	たまに強く そう感じる	たまに少し そう感じる	全然 そう感じない
1) 赤ちゃんをいとおしいと感じる	()	()	()	()
2) 赤ちゃんのためにしないといけ ないことがあるのに、おろおろ してどうしていいか分からない 時がある	()	()	()	()
3) 赤ちゃんのことが腹立たしく いやになる	()	()	()	()
4) 赤ちゃんに対して何も特別な 気持ちがわからない	()	()	()	()
5) 赤ちゃんに対して怒りがこみ上げる	()	()	()	()
6) 赤ちゃんの世話を楽しみながら している	()	()	()	()
7) こんな子でなかったらなあと思う	()	()	()	()
8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる	()	()	()	()
9) この子がいなかったらなあと思う	()	()	()	()
10) 赤ちゃんをととても身近に感じる	()	()	()	()