

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うけましたか。

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()

★結婚についてお伺いします。既婚・未婚(入籍の予定なし・あり)

★夫(パートナー)の年齢()才 職業()

★現在、一緒に暮らしているご家族を教えて下さい。

()

★今どこで生活していますか。自宅・実家(ご本人・ご主人)

帰宅後はどちらで生活しますか。()

★平均睡眠時間 平均()時間

★休息 とれている・適度にとれている・あまりとれていない・全然とれていない

★疲労感 あり・なし

★食欲 あり・なし

★創部の状態 傷なし・気にならない・痛い・その他()

★乳房にしこりや気になることはありますか。 はい・いいえ

「はい」の方へ…どのようなことですか。

★母乳外来利用の有無(無・有)

★育児・家事を手伝ってくれる人はいますか。 はい・いいえ

「はい」の方へ…どなたがどの程度お手伝いしてくれますか

★産後ケアを利用しようと思ったきっかけは何ですか。

★お母さんが感じている困難感や不安、体調不良は具体的にどのようなものですか。

★何か心配なことやご希望などありましたら、なんでもお書きください。

<スタッフ記入欄>

★帰宅日の沐浴希望 あり・なし

★ママ : KT P BP /

★ベビー : KT 体重 g

同室オリエンテーション 栄養科 TEL 哺乳瓶消毒セット(使い方説明)

ママネームバンド ベビーネームバンド アメニティセット サイン()

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

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つ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

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ことがありますか？

はい いいえ

9. 赤ちゃんを叩きたくな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	たまに強く	たまに少し	全然
強く感じる	そう感じる	そう感じる	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) こんな子でなかつたらなあと思う () () () () ()
- 8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる () () () () ()
- 9) この子がいなかつたらなあと思う () () () () ()
- 10) 赤ちゃんをとても身近に感じる () () () () ()