

井手町産後ケア事業利用申請にかかるアンケート

産後ケア事業利用にあたり、井手町が委託事業者に対して必要な個人情報を提供することについて同意します。

年 月 日 申請者氏名： _____

下記の内容について、該当するものに○もしくはご記入ください。

妊娠時	■何か異常はありましたか。(いいえ ・ はい) 強いつわり ・ 切迫流産 ・ 貧血 ・ 妊娠高血圧症候群 ・ 糖尿病 ・ 感染症 (_____)	
出産時	■在胎週数 (_____ 週 _____ 日) ■分娩場所 (_____)	
	■分娩経過 (頭位 ・ 骨盤位 ・ 他 (_____)) ■出血量 (少量 ・ 中量 ・ 多量 _____ ml)	
	■分娩方法 (自然 ・ 帝王切開 ・ 吸引 ・ 鉗子 _____)	
	■分娩、出産後に異常がありましたか。(いいえ ・ はい) 前置胎盤 ・ 前期破水 ・ 羊水混濁 ・ 羊水過多 ・ 微弱陣痛 ・ 陣痛促進剤 ・ 臍帯巻絡 ・ その他 (_____)	
児の 健康状態	■出生時体重 (_____) g ■出生時身長 (_____) cm	
	■栄養方法 (母乳 ・ 混合 ・ 人工) 母 乳： 1 日 (_____) 回 / (_____) 時間ごと / 1 回 (_____) 分 ミルク： 1 日 (_____) 回 / 1 回 (_____) ml	
	■離乳食の状況 (開始していない ・ 開始している : 1 日 _____ 回)	
	■何か異常はありましたか。(いいえ ・ はい) 仮死 ・ チアノーゼ ・ ひきつけ ・ 黄疸 ・ 奇形 ・ その他 (_____)	
	■次の病気にかかったことがありますか。(いいえ ・ はい) 高血圧 ・ 慢性腎炎 ・ 糖尿病 ・ 肝炎 ・ 心臓病 ・ 甲状腺の病気 ・ 精神疾患 (心の病気) その他の病気 (_____)	
母の 健康状態	■服用中の薬はありますか。(いいえ ・ はい：内容 _____)	
	■たばこを吸いますか。(いいえ ・ はい： _____ 本/日)	
	■子育てについて、今の気持ちを表現するとどれになりますか。      →具体的に：(_____)	
育児状況	■育児を協力してくれる人はいますか。(いいえ ・ はい 誰： _____)	
	■気軽に相談できる人はいますか。 (いいえ ・ はい 誰： _____)	
	■相談したい内容にチェックをしてください。 ☐ 授乳のこと ☐ 乳房ケアのこと ☐ 沐浴のこと ☐ 体重・排泄のこと ☐ スキンケア ☐ 泣きへの対応 ☐ 発育・発達のこと ☐ 自宅での育児のこと ☐ 休息 ☐ ママのからだ・生活面の相談 ☐ 心理面のケア ☐ その他 (_____)	
食事への 配慮	■ 母：(_____)	■ 子：(_____)
	アレルギー (無・有： _____)	アレルギー (無・有： _____)
その他の 配慮		