

高梁市産後ママ安心ケア事業（フェイスシート）

*産後ママ安心ケア事業をより効果的にご利用いただくため、下記の状況について太枠の中をご記入ください。

(記入者: 記入日: 年 月 日)

利用サービス名	①宿泊型ケア		②日帰り型ケア		③母乳・育児相談		④母乳・育児相談(アウトリーチ型)		
利用期間	①・②	年 月 日～		年 月 日		※利用期間に計()日間利用			
	③・④	年 月 日～		年 月 日		※利用期間に計()回利用			
フリガナ 母親氏名					昭和 平成	年	月	日	歳
フリガナ 乳児氏名	男・女 第 子				令和	年	月	日	ヶ月
住所	〒 電話番号() 岡山県高梁市								
母親職業	なし・あり() 内容()	里帰り出 産連絡先	〒 電話番号()						
家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業	既往歴	健康状態			
母親相談内容									
妊娠時の状況	・今回の妊娠は(初回 ・ 回目) ・異常なし ・異常あり : 悪阻、切迫流産、切迫早産、貧血、気分不調、体重増加、食欲不振 妊娠高血圧症候群(高血圧、蛋白尿、浮腫)、疲労感 その他の異常()								
母親の状況	・分娩場所() ・在胎週数 (週 日) ・子宮復古 (良・否) ・悪露 (正・否) ・乳房状態 () ・分娩・出産後の異常 なし ・ あり ()								
乳児の状況	・出生時:体重(g) 身長(cm) ・栄養方法(母乳 ・ 混合 ・ 人工) ・哺乳力(弱・普通) ・出生時、その後の経過の異常 なし ・ あり ()								
育児状況	・育児協力者 なし・あり (具体的に) ・その他()								
特記事項 (保健師記入欄)									
					地区担当保健師 ()				