

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 | 〒 岡山県高梁市 | | | | | 電話番号() | | | | |
| 母親職業 | なし・あり() | | 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) | | | | | | | | | | |
| | | | | | 受付() | 地区担当保健師() | | | | |

|

|

|

|

|