

## 産後ケア申請にかかる問診票

現在の健康状態や育児の状況、サポートの状況、お子様の様子についてお聞きしますので、産後ケアを利用される方ご自身でお答えください。また、利用される方やお子様の心身の健康状態や産後ケア利用時の希望内容等について事業者と共有するために、この問診票の写しを事業者に提出します。

記入日 年 月 日

利用者氏名		生年月日	年 月 日生
住所	紀の川市	連絡先	
1. 現在の体調についてお聞かせください。（当てはまるもの全てお答えください。）			
<input type="checkbox"/> 身体の調子が良くない。→ <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 産後の回復が進まない。 <input type="checkbox"/> ゆっくり休息をとることができない。 <input type="checkbox"/> 乳房トラブルがある。→ <input type="checkbox"/> 張り <input type="checkbox"/> しこりがある <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 治療中または経過観察中の疾患や症状がある。→（病名 ）（病院 ） <input type="checkbox"/> 内服している薬がある。→（薬の種類 ） <input type="checkbox"/> アレルギーがある。→（原因 ）			
2. 現在のお気持ちについてお聞かせください。（当てはまるもの全てをお答えください。）			
<input type="checkbox"/> イライラが続いている。 <input type="checkbox"/> 育児に自信が持てない。 <input type="checkbox"/> 気分の落ち込みがある。 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんについて心配なことが多い。 <input type="checkbox"/> 育児や家事のやる気がでない。 <input type="checkbox"/> 育児に自信が持てない。 <input type="checkbox"/> 涙がでてくる。 <input type="checkbox"/> 悩みや不安を相談できる人がいない			
3. ご家族や育児サポートの状況についてお聞かせください。			
<ul style="list-style-type: none"> <li>一緒に生活している人</li> </ul> <input type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input type="checkbox"/> 児のきょうだい①（ 才）②（ 才）③（ 才）④（ 才） <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
<ul style="list-style-type: none"> <li>日中の過ごし方</li> </ul> <input type="checkbox"/> 自分と子のみ（きょうだい含む） <input type="checkbox"/> 日中支援してくれる人がいる（支援者 ）（頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回）			
4. 産後ケアの申請理由（受けたいケアや相談内容など）についてお聞かせください。			

児の名前		（男・女）	生年月日	年 月 日生
在胎週数		出生時の体重	g	出生病院
1. お子さんの栄養方法を教えてください。				
<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食				
2. 医療機関で治療中または経過観察中の疾患や症状はありますか。				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病名・症状 ）（病院 ）				
3. お子さんについて心配なことや相談したいことがあれば、お書きください。				