

産後ケアを受けられる方へ

氏名：母 _____ 赤ちゃん _____

出産後 _____ 日目

産後ケアを利用されるにあたって、支援の参考にさせていただきます

1、赤ちゃんの成長

出生日： _____ 性別： _____
出生体重： _____ g
最終の体重測定日： _____ その時の体重： _____ g

2、妊娠から出産後の異常の有無： 有 内容(_____)
無

3、授乳状況 当てはまるものに○をしてください。

- ・母乳のみ
- ・母乳とミルク（ミルクの回数-1日 _____ 回 1回量 _____ ml)
- ・ミルクのみ（ミルクの回数-1日 _____ 回 1回量 _____ ml)

4、今回どのような目的で産後ケアを希望されましたか。

数字・当てはまる項目に○をご記入ください。

その他にあれば()にご記入ください。

I 授乳について

母乳量が知りたい _____ ミルクの哺乳量が知りたい _____

母乳の分泌を増やしたい _____ 乳房・乳頭が痛い _____

授乳をみてほしい _____ 乳口炎・乳腺炎の予防 _____

その他 (_____)

II 育児技術について

沐浴 _____ 抱っこ _____ おむつ交換 _____

その他 (_____)

III 赤ちゃんについて

いつ乳 排泄 お臍 スキンケア _____

その他 (_____)

IV 休息をとりたい

(_____)

V その他

(_____)

産後ケア 持ち物リスト

※デイケア [日帰り] の方は★のみ持参、ショートステイ [宿泊] の方は★☆全て持参してください。

持ち物	チェック
★母子健康手帳	
★筆記用具	
★書類 (入院誓約書・問診表・産後ケアを受けられる方へ) ※当院ホームページよりダウンロードまたは保健センターにて配布)	
★印鑑	
★健康保険証	
★当院の診察券 (あれば)	
★食事用具 (お箸・スプーン・コップ・水筒など)	
★スリッパ	
★歯磨きセット	
★赤ちゃんのお尻拭き	
★赤ちゃんのおむつ・着替え (生後 1 か月以降の赤ちゃんのみ)	
★普段使用している哺乳瓶 (2~3 本)	
☆ママの着替え・日用品 (室内着・パジャマ・下着・タオル・母乳パッドなど)	
☆お風呂セット (シャンプー・リンス・ボディーソープ、バスタオルなど。ドライヤーは病棟にあります)	

*産後ケア入院中の赤ちゃんのミルクは病院でご用意します。

*生後 1 か月までの赤ちゃんの、おむつ・着替えは病院でご用意します。

*病棟内のコインランドリーもご利用して戴けます。ご利用の際は洗濯洗剤をご用意ください。

料金：洗濯 100 円/1 回、乾燥機 100 円/40 分

100 円硬貨、または院内で販売しているテレビカードでの使用が可能です。

入院誓約・同意書

※職員記載欄

医療法人宝生会
P L 病 院 長 殿

階 東・西
内・小・外・整・形・産・眼・耳・皮・泌
ID
年 月 日 ~ 年 月 日

【1】～【3】に掲げる全ての事項に関して確認し了承の上、誓約・同意いたします。

年 月 日入院

① 入 院 患 者	フリガナ	生年月日(年齢)
	氏名	年 月 日(歳)
	現住所	TEL ()
	勤務先	TEL ()

② 身 元 引 受 人	フリガナ	年齢
	氏名	(歳)・患者との関係()
	現住所	TEL ()
	勤務先	TEL ()

③ 連 帯 保 証 人	フリガナ	年齢
	氏名	(歳)・患者との関係()
	現住所	TEL ()
	勤務先	TEL ()

※連帯保証人が支払いの責任を負う金額(極度額)は50万円

問診票

氏名 _____ 年齢 () 歳 本人携帯電話 () 職業 ()

1. 連絡先 (昼・夜いつでも連絡が取れるようにご記入ください。) *必ず2か所ご記入をお願いします。

氏名	続柄	住所	電話
		都・道 市 府・県 郡	昼： 夕： 携帯：
		都・道 市 府・県 郡	昼： 夕： 携帯：

*身近な支援者 (主な面会人など) は、どなたですか ()

*キーパーソン (説明時の窓口となる方) は、どなたですか ()

2. 病気やけがなどで病院 (医院) に通院や、入院されたことがありますか。また現在治療中の病気がありますか。

年月日 (〇〇歳)	病名	病院 (医院)	治療方法 (内服治療・手術)	現在投薬の 有無	その他
例) 平成2年	胆石症	PL 病院	手術	あり	

*現在内服されている薬がありましたら、お薬とお薬手帳を入院時持参いただき、看護師へお見せください。

3. アレルギーはありますか (薬品や食品で皮膚に発疹が出たり、気分が悪くなったりしたことがある)

薬品	なし・あり	薬品名：
食品	なし・あり	食品名：
その他		

4. 嗜好品についてお聞きします。*必ずご記入をお願いします。

アルコール	飲まない	飲む	どれぐらいの量を飲まれますか：(ビール	お酒
タバコ	吸わない	吸う	() 本/日	喫煙歴 () ~現在
		過去に喫煙歴のある方 (歳) ~ (歳) まで () 本/日		

5. 次の問いに「はい」・「いいえ」のいずれかに○を付けてください

1)	他の病院を含めて、3か月以内の入院を繰り返していますか	はい ・ いいえ
2)	今回入院する1か月くらい前の時に比べて、自分で出来ることが減っている。 *はいの方は、あてはまる項目の数字に、○を付けてください。 ①移動・食事・入浴に介助が必要 ②家事をすることが大変になった ③身の回りのことが人の手を借りないとできない ④寝ていることが多くなった ⑤その他 ()	はい ・ いいえ