

利用者番号

東大和市産後ケア面接票

	<p>★利用者氏名(本人): フリガナ 生年月日: 年 月 日 (歳)</p>
	<p>★乳児氏名: フリガナ 生年月日: 年 月 日 (か月)</p>
申請理由	<p>★支援者 ⇒(あり・なし) 夫 ⇒理由(不在・仕事多忙・) 本人実家⇒場所() 母 理由(遠方・疎遠・病気・介護有・死亡・その他) 父 理由(遠方・疎遠・病気・介護有・死亡・その他) 夫実家 ⇒場所() 母 理由(遠方・疎遠・病気・介護有・死亡・その他) 父 理由(遠方・疎遠・病気・介護有・死亡・その他) その他⇒() 民間サポート (有・無)</p> <p>★既往歴・現病歴について</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的疾患;病名()通院先() 病状()通院期間(~) 服薬 なし・あり()</p> <p><input type="checkbox"/> 精神的疾患;病名()通院先() 病状()通院期間(~) 服薬 なし・あり()</p> <p>★体調不良</p> <p><input type="checkbox"/> 調子がよくない 具体的に;疲れやすい・疲れがたまっている・痛みがある(部位) 眠れない・イライラする・やる気がしない・その他()</p> <p>★不安な事がありますか</p> <p><input type="checkbox"/> 育児に不安がある;育児手技・接し方・泣きの対応・孤立感・サポート不足・その他() <input type="checkbox"/> 授乳に不安がある;足りているか・うまくいかない・方法や量・乳頭乳房トラブル・その他() <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>★希望する産後ケアの内容</p> <p><input type="checkbox"/> 育児手技の相談・支援 <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 母の健康相談支援 <input type="checkbox"/> 育児サービスの紹介 <input type="checkbox"/> その他()</p>
生活状況	<p>★現在の生活状況:家事(できる・少しはできる・できない) 育児(できる・少しはできる・できない) 食欲(ある・少しはある・ない) 睡眠(眠れる・少しは眠れる・眠れない) その他身の回りのこと(できる・少しはできる・できない)</p> <p>★相談者 ⇒(なし・あり)夫・実母・実父・義母・義父・その他()</p> <p>★サービス利用時の児の兄姉の預け先 ⇒(あり(預け先:)・なし・児の兄姉はいない)</p>
出生状況	<p>★ 出生体重 ()g ★在胎週数 満()週 ★出生順位 第()子</p> <p>★ 妊娠中の異常 なし・あり ()</p> <p>★ 分娩中の異常 なし・あり ()</p> <p>★ 児の異常 なし・あり ()</p> <p>児が受けた医療: 保育器・光線療法・点滴・酸素吸入・その他()</p>
備考	<p>アレルギー なし・あり()</p> <p>きっかけ: ホームページ・医療機関・その他()</p>

