

利用者番号		東大和市産後ケア面接票	
	★利用者氏名（本人）：フリガナ	生年月日：年 月 日（ 歳）	
	★乳児氏名：フリガナ	生年月日：年 月 日（ か月）	
申請理由	★支援者 ⇒（あり・なし） 夫 ⇒理由（不在・仕事多忙・その他） 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）		
	★既往歴・現病歴について □身体的疾患：病名（ ）通院先（ ） 病状（ ）通院期間（ ～ ） 服薬 なし ・ あり（ ） □精神的疾患：病名（ ）通院先（ ） 病状（ ）通院期間（ ～ ） 服薬 なし ・ あり（ ）		
	★体調不良 □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（ ）		
	★不安な事がありますか ☐ 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（ ） ☐ 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（ ） ☐ その他（ ）		
	★希望する産後ケアの内容 ☐ 育児手技の相談・支援 ☐ 授乳相談 ☐ 母の健康相談支援 ☐ 育児サービスの紹介 ☐ その他（ ）		
生活状況	★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）		
	★相談者 ⇒（なし・あり：夫・実母・実父・義母・義父・その他（ ） ★サービス利用時の児の兄姉の預け先 ⇒（あり（預け先： ）・なし・兄の兄姉はいない）		
出生状況	★出生体重（ ）g ★在胎週数 満（ ）週 ★出生順位 第（ ）子		
	★妊娠中の異常 なし・あり（ ）		
	★分娩中の異常 なし・あり（ ）		
	★児の異常 なし・あり（ ） 児が受けた医療：保育器・光線療法・点滴・酸素吸入・その他（ ）		
備考	アレルギー：なし・あり（ ）		
	きっかけ：ホームページ・医療機関・その他（ ）		