

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

医療法人宝生会

PL病院長殿

※職員記載欄

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	(名称) 〒	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	(名称) 〒 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	(名称) 〒 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 本人連絡先 () 職業 ()

下記の内容は、治療や看護の継続のために、必要な情報になりますので、ご協力をお願いします。

1. 緊急連絡先

(主に、入院・治療の説明を受ける家族は氏名の前に「レ点」を記入してください)

レ点	氏名	続柄	住所	電話番号
	1 番目 連絡先		都・道 市 府・県 郡	自宅： 携帯：
	2 番目 連絡先		都・道 市 府・県 郡	自宅： 携帯：

2. 今までにかかった病気や治療中の病気について記入してください。

以下の質問にあてはまれば、□にレ点を入れてください。

病名	時期 (歳)	病院名	治療内容	
			内服薬	手術・その他治療等
<input type="checkbox"/> 高血圧			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 高脂血症			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 糖尿病			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	インスリン： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者
<input type="checkbox"/> 心臓疾患			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 腎臓疾患			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	人工透析： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし シャント <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右
<input type="checkbox"/> 脳梗塞			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	麻痺： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 部位 ()
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

3. サプリメントや健康食品は内服していますか？

いいえ はい (内容)

移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要（ ）
移動手段	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手押し車や歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他
転倒歴	<input type="checkbox"/> 1年以内になし <input type="checkbox"/> 1年以内にある	
床ずれ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 過去に床ずれができたことがある（ ）
着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要（ ）
食事方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要
食事形態	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> その他	
栄養	<input type="checkbox"/> くちから食べることができる <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> その他	
入れ歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 全部）
排泄行動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要（ ）
排尿方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> ストーマ	
排便方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要（ ）
睡眠	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり（ ） <input type="checkbox"/> 眠剤あり（ ）
視力（矯正込み）	<input type="checkbox"/> 問題なし	（ <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト） <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 義眼
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 補聴器あり（ <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ） <input type="checkbox"/> なし
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 他者管理（管理者： ） <input type="checkbox"/> 1日分準備 <input type="checkbox"/> 毎回準備
宗教	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）

入院において、心配な事や要望があればご記入ください

ご記入ありがとうございました。

ご記入者・回答者の続柄（ ）