

産後ケア事業 情報提供書

申請者(母)	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所	米子市				
	電話番号					
	緊急時 連絡先	氏名	(続柄:)			
		電話番号				
	出産日	年 月 日	出産 医療機関			
利用する 乳児	フリガナ					
	児の氏名					
	※多胎の場合、下記にご記入ください					
	フリガナ					
	児の氏名					
申請事由	<input type="checkbox"/> 心身の不調 <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 家族等から育児などの援助が受けられない <input type="checkbox"/> その他 ()					
希望する サービス内容	<input type="checkbox"/> 授乳指導・調乳指導 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 乳房管理(母乳ケア含む) <input type="checkbox"/> 母体のケア <input type="checkbox"/> 心理的ケア <input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 子の発育・発達確認と相談 <input type="checkbox"/> その他 ()					

母の 状況	妊娠中の経過	異常なし ・ 異常あり ()		
	分娩時の 状況	在胎週数	週 日	
		分娩時の異常	なし・あり ()	
	健診受診 状況	産後健診	健康・要観察 ()	
	身体的 状況	既往歴	なし・あり ()	
		治療中の疾患	なし・あり ()	
		内服薬	なし・あり ()	
		心療内科受診歴	なし・あり ()	
		睡眠	まあまあ・ 不足で疲労・ 眠れない	
		母乳分泌	良 ・ 普通 ・ 不足	
乳房トラブル		なし・あり ()		
その他の異常	なし・あり ()			

子の状況	フリガナ		
	児の氏名		
	出生時の状況	体重	() g
		身長	() cm
		胸囲	() cm
		頭囲	() cm
		出生時の異常	なし・あり ()
	健診受診状況	1か月児健診 受診日(. .)	健康・要観察 ()
		3～4か月児健診 受診日(. .)	健康・要観察 ()
		6か月児健診 受診日(. .)	健康・要観察 ()
		9～10か月児健診 受診日(. .)	健康・要観察 ()
栄養	栄養法	母乳・混合栄養・ミルクのみ	
	離乳食	未・開始 () か月ごろ	
産後ケア施設で聞きたいこと			
備考			