産後ケア事業フェイスシート

利用者氏名	生年月日 S・H　年　月　日	職業
夫（パートナー）氏名	生年月日 S・H　年　月　日	職業
赤ちゃんの氏名 男・女	生年月日 R　年　月　日 第（　　）子	出生週数 週　日 出生体重 g

住所	〒
電話番号	
連絡先	①夫またはパートナー： ②実家：
利用日時	令和　年　月　日　：　～　月　日　：
産後ケアの希望理由	☐ 赤ちゃんを預けて休息したい（日中・夜間・終日）
	☐ 家族等から産後の支援が得られない
	☐ 授乳の相談がしたい（母乳/ミルクの量・授乳方法・赤ちゃんの体重の増え）
	☐ 育児手技を教えて欲しい（抱っこ・オムツ交換・沐浴・その他育児全般）
	☐ その他（　　）
現在の授乳方法	完全母乳・混合（母乳×　回・M　ml×　回）・完全ミルク（　ml×　回）
家族構成 （続柄・年齢）	
退院後の支援	支援：☐ なし　☐ あり
	主な支援者：夫またはパートナー・母・父・義母・義父・その他（　　）
	支援内容：① ：②
既往歴	☐ なし　☐ 心疾患　☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 甲状腺疾患　☐ 腎疾患　☐ 肝疾患 ☐ 骨折　☐ 精神疾患（　　）　☐ その他（　　）
内服薬	☐なし　☐あり（　　）
アレルギー	☐ なし　☐ 食べ物（　　）　☐ 薬剤（　　）　☐ 花粉症 ☐ 金属　☐ アルコール綿　☐ ゴム
宗教	☐なし　☐あり（　　教）
	宗教上制約　☐なし　☐あり（　　）
産後ケア事業終了後の外来予約　なし・あり（　/　：　外来）	