

# 高梁市産後ママ安心ケア事業 (フェイスシート)

\*産後ママ入院ケア事業をより効果的にご利用いただくため、下記の状況について太枠の中をご記入ください。

(記入者: \_\_\_\_\_ 記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

利用サービス名	①宿泊型ケア		②日帰り型ケア		③母乳、育児相談		
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )日間		利用施設名				
フリカナ産婦氏名			昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		歳		
フリカナ乳児氏名	男・女 第 _____ 子		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		ヶ月		
住所	〒 _____ 岡山県高梁市		電話番号( _____ )				
妊婦職業	なし・あり( _____ ) 内容( _____ )	里帰り出産連絡先	〒 _____		電話番号( _____ )		
家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業	既往歴	健康状態	
妊婦相談内容							
妊娠時の状況	・今回の妊娠は( 初回 ・ _____ 回目) ・異常なし ・異常あり : 悪阻、切迫流産、切迫早産、貧血、気分不調、体重増加、食欲不振 妊娠高血圧症候群(高血圧、蛋白尿、浮腫)、疲労感 その他の異常( _____ )						
産婦の状況	・分娩場所( _____ ) ・在胎週数 ( _____ 週 _____ 日) ・子宮復古(良・否) ・悪露(正・否) ・乳房状態( _____ ) ・分娩・出産後の異常 なし・あり( _____ )						
乳児の状況	・出生時:体重( _____ g ) 身長( _____ cm) ・栄養方法(母乳・混合・人工) ・哺乳力(弱・普通) ・出生時、その後の経過の異常 なし・あり( _____ )						
育児状況	・育児協力者 なし・あり(具体的に _____ ) ・その他( _____ )						
特記事項 (保健師記入欄)							
				地区担当保健師 ( _____ )			