精華町産後ケア事業利用申請に係るアンケート

産後ケア事業利用にあたり、精華町が委託事業者に対して必要な個人情報を提供することについて同意します。

年　　月　　日　　利用者氏名：

下記の内容について、該当するものに○（マル）もしくはご記入の方をお願いします。

妊娠時	■何か異常はありましたか。　（　いいえ　・　はい　） 強いつわり・切迫流産・切迫早産・貧血・妊娠高血圧症候群・糖尿病・感染症（　　）
出産時	■在胎週数　（　　週　　日）　■分娩場所（　　）
	■分娩経過　（　頭位　・　骨盤位　・他（　　））■出血量（　少量　・　中量　・　多量　　ml）
	■分娩方法　（　自然　・　帝王切開　・　吸引　・　鉗子　）
	■分娩、出産後に異常がありましたか。　（　いいえ　・　はい　） 前置胎盤　・　前期破水　・　羊水混濁　・　羊水過多　・　微弱陣痛　・　陣痛促進剤　・　臍帯巻絡・ その他（　　）
	■子宮復古（　良　・　否　）　■悪露（　正　・　否　）　■乳房の状態（　　）
児の健康状態	■出生時体重（　　）g　■出生時身長（　　）cm
	■栄養方法（　母乳　・　混合　・　人工　） 母乳：１日（　　）回・（　　）時間ごと・１回（　　）分／ミルク：１日（　　）回・（　　）ml／回
	■何か異常はありましたか。　（　いいえ　・　はい　） 仮死　・　チアノーゼ　・　ひきつけ　・　黄疸　・　奇形　・　その他（　　）
母の健康状態	■次の病気にかかったことがありますか。　（　いいえ　・　はい　） 高血圧　・　慢性腎炎　・　糖尿病　・　肝炎　・　心臓病　・　甲状腺の病気　・精神疾患（心の病気） その他の病気（　　）
	■服薬中の薬はありますか。　（　いいえ　・　はい：内容　　）
	■たばこを吸いますか。　（　いいえ　・　はい：　　本／日　）
育児状況	■子育てについて、今の気持ちを表現するとどれになりますか。
	■育児を協力してくれる人はいますか。　（　いいえ　・　はい　誰：（　　））
	■気軽に相談できる人はいますか。　（　いいえ　・　はい　誰：（　　））
相談内容	■相談したい内容にチェックをしてください。 □授乳のこと　□沐浴のこと　□発育・発達のこと　□体重・排泄のこと □スキンケアのこと　□泣きへの対応　□自宅での育児のこと　□乳房ケアのこと □ママのからだ・生活面の相談　□心理面のケア　□休息　□他（　　）
アレルギー食品	■食物アレルギーがありますか（　なし　・　あり：原因食物（　　）
	■好きな食べ物（　　）■嫌いな食べ物（　　）