

産後ケア 入院情報カルテ 産後 日目・ヶ月目 泊 日(月 日まで)利用

記入日: 年 月 日

患者ID		フリガナ氏名		生年月日	S・H 年 月 日(歳)				
現住所					連絡先				
実家(本人・夫)									
現在の職業	以前の職業								
配偶者氏名			年齢	歳	職業				
					育休:無・有 いつまで:				
既往妊娠分娩歴	年月	週数	性別	ベビーの体重	お産の形式	病院名	母乳	経過中の異常: なし・有り	
							完ミ・混合・完母	なし・有(詳細)	
							完ミ・混合・完母	なし・有(詳細)	
							完ミ・混合・完母	なし・有(詳細)	
							完ミ・混合・完母	なし・有(詳細)	
							完ミ・混合・完母	なし・有(詳細)	
病歴	発症年月	病名		治療内容・薬・通院間隔など			病院名		
アレルギー	喘息	なし・有(詳細)				家族構成及び家族歴			
	薬品	なし・有(詳細)							
	食物/金属	なし・有(詳細)							
禁煙	なし・有(日/ 本)	飲酒	なし・有(日/ 本)	実母 ○ 実父 □ 義母 ○ 義父 □ ◎ □ キーパーソン(相談できる方):					
感染症	HBS	(-・+)	クラミジア						(-・+)
	HCV	(-・+)							
	HIV	(-・+)							
	梅毒	(-・+)							
お産の振り返り	良かったこと:								
	良くなかったこと:								
	その他:								

<最近2週間の日常生活・身体状況について>

1.食事()回/日

嗜好: コーヒー 杯/日
紅茶 杯/日
日本茶 杯/日

2.排泄 尿: 回/日

便: 回/ 日

性状: 硬 普通 軟

下剤の使用: 有 無

(薬剤名: 頻度:)

3.清潔 シャワー・入浴 毎日 毎日ではない 回/週

洗髪 毎日 毎日ではない 回/週

歯磨き 回/日

4.睡眠 熟眠感: 有 無

眠剤使用: 有 無

(薬剤名: 頻度:)

5.気分の浮き沈み

無 有 (↓具体的に記入ください)

6.趣味・気分転換の方法

7.言語・視力・聴力障害 無 有

(具体的に:)

8.住居環境 一戸建て・マンション・アパート

()階建ての()階

騒音 有 無

9.宗教 仏教・神道・キリスト教・

その他()

こだわりなし

<児・授乳などの状況>

1.児の出生時の状況 異常なし 医療介入 有

(具体的に:)

2.哺乳・授乳状況

①児の生下時体重: g、日増:

②本日の体重: g _____g

③授乳回数: /1日

④授乳方法: 母乳・混合・ミルク

⑤母乳回数: 回/1日

⑥搾乳回数: 回/1日 (ml~ ml)

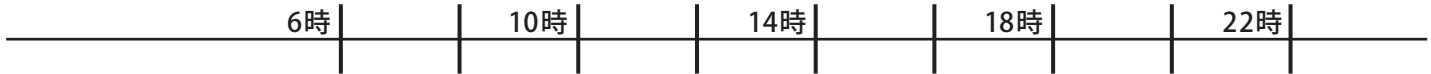
搾乳方法 (手搾乳・手動搾乳器・電動搾乳器)

⑥ミルク:メーカー:

ミルク回数: 回/1日

ミルク量: (ml~ ml)

<タイムスケジュール:起床・就寝・食事時間>



<授乳状態>

例) 母乳を飲ませてからミルクを50ml作り、飲むだけ飲ませている など

◎2週間・1か月健診で指導・支援を受けたこと

2か月・1か月健診日: 月 日/受診場所:

◎最近困っていること

◎産後ケア利用目的:

1 #1

2 #2

3 #3

◎その他:気になることやスタッフに伝えておきたいことなどあればお書きください

沐浴指導 希望あり
1本人 2

サイン

緊急連絡先の確認 健康保険証のコピー 児の体重測定 ベビーセンス設置・確認 2024.5.25 MS

バックトランス用ベビーチェックリストの貼付 入院時看護計画立案 EPDS 行政報告書作成 済