|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | 問診 | 産科 |
|  |  |  |

1ヶ月の記録（お母様）

◎お母様の身体面についてご記入ください。

1）悪露の性状　　　　　黄色　　　褐色　　　赤色

2）悪露の量　　　　　なし　　少量　　多量（パット2/3以上）　　塊が出る

3）会陰部の痛み　　　なし　　あり

4）1ヶ月健診までに発熱を伴う腹痛がありましたか。　なし　　あり（受診の有無　無　有　）

5）その他の理由で1か月健診までに産科外来を受診された場合には、理由を下記にお書き下さい

◎お母様の精神面についてご記入ください。

1）子育てについて困難を感じることはありますか。　いいえ　　　はい　　　何とも言えない

2）子育ての手伝いをしてくれる人がいますか。　　いる　　　いない

3）2）で「いる」と答えた方、それはどなたですか　（　　　　　　　　）

4）子育ての悩みを相談できる人はいますか。　　　いる　　　いない

5）4）で「いる」と答えた方、それはどなたですか　（　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ◎お母様ご自身のことで、気になることがありましたらご記入ください。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| NO. | 計測 | K2 | 診察 | 栄養 | 養護 | ガスリー |
|  |  |  |  |  |  |  |

2か月健診を希望されますか。

　　希望する

　　希望しない

* 2ヶ月健診は自費です。
* 健診費用5000円

健診費用　5000円

1ヶ月の記録（お子様）

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| お子様の氏名 | 様（第　　子） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◎お子様について、お伺いします。  1）手足をよく動かしますか。　　　　はい　　いいえ  2）大きな音に反応しますか。　　　　はい　　いいえ  3）おへそは乾いていますか。　　　　はい　　いいえ  4）うすいクリーム色、灰白色の便がでますか。　はい　　いいえ | ◎最近のお子様の授乳状況をお書きください。 | |
| 0  6時  12時  18時  24時 |  |
| ◎現在の授乳方法について、1）～3）の中からあてはまる項目に○をしてください。（　　　）の中は数字をご記入ください。  1）母乳だけの場合  母乳（　　　　）回／1日  　　　1回の授乳にかかるお時間は、およそ（　　　　）分間  2）混合栄養の場合  　　母乳（　　　　）回＋ミルク（　　　　　）mlを（　　　　）回    3）ミルクだけの場合  ミルク（　　　　　）mlを（　　　　　）回/1日  ◎退院時の授乳方法に○をしてください。（母子手帳の「退院時の記録」をご参照ください）  　　　母乳　　　ほぼ母乳　　　混合　　　人工乳 |
| ◎授乳やお子様のことなど、ご相談なさりたいことをご記入ください。 | | | |

武蔵野赤十字病院　小児科　2023．3改訂

0422-32-3111　東京都武蔵野市境南町1-26-1