

産後ケア入院カルテ

ID:

氏名: _____ 生年月日: 年 月 日 (歳)

住所: _____

TEL: _____ 職業: _____

配偶者 (パートナー) 氏名: _____ (歳) 職業: _____

《緊急連絡先》

氏名	続柄	電話番号	同居の有無
①			有 ・ 無
②			有 ・ 無

<既往歴・内服薬>

今までにかかった病気・手術: _____

今飲んでいるお薬: _____

<アレルギー> (例: 食べ物・造影剤・アルコール・金属・ラテックス等)

食品・薬品・その他 () 症状 ()

<喫煙>

吸わない 吸う・吸っていた 喫煙年数 (歳) ~ (歳) まで (本/日)

<健康管理>

医師から指示されているようなことはなにかありますか? 無 有

指示内容 (例: 血圧測定・血糖測定・食事制限等)

()

<栄養について> 身長 (cm) 体重 (kg)

食欲はありますか? 有 無食事は摂れていますか? 3食摂れる 時々摂れる 全く摂れてない

<排泄について>

排尿回数 (回/日) 排便回数 (回/日) 便秘の有無 有 無

<赤ちゃんについて>

授乳方法 母乳 混合 ミルク 授乳間隔 (約 時間程度)

哺乳回数 (回/日) ミルク量 (ml/回)

排泄回数 排尿 (回/日) 排便 (回/日)

赤ちゃんについて気になることはありますか?

<お母さんについて>

家事・育児のサポートはありますか? 有 (誰:) 無睡眠は取れていますか? 有 無 1日合計睡眠時間 (時間)気分転換ができる時間はありますか? 有 時々有り 無涙もろいと感じることがありますか? 有 時々有り 無自分を傷つけたくなりますか? 有 時々有り 無

お母さん自身について気になることはありますか?

<その他> ご自由にお書きください