

様式第3号

仙台市産後ケア事業聞き取り票

申請時記入日： 年 月 日

決定時記入日： 年 月 日

1. 利用者（母）の状況		母子健康手帳番号	NO.			
氏名		生年 月日	昭和 平成	年 (月)	日 歳)
既往歴	無・有 ()	感染症	無・有 (B肝・C肝・HIV・その他)			
現病歴	無・有 (「有」の場合、下記に記入。詳細の記入が必要な場合、「4連絡事項」に記載)					
		病名	治療開始年月	服薬の有無と内服薬名	入院歴の有無	医療機関名
	①					
	②					
	③					
産後ケア事業利用に当たり主治医の了解の有無 事業の利用 (可・不可)						
妊娠中	定期受診 無・有	医療機関名 ()				
	指導事項 無・有	()				
分娩時	異常 無・有 ()	分娩医療機関名 ()				
	①単胎・多胎 ()	②頭位・骨盤位	③自然・吸引・鉗子・帝王切開			
	④その他 ()					
出産後 ～現在	身体症状 無・有					
	・子宮復古 良・不良 ()					
	・貧血 無・有 (服薬・経過観察・)					
	・高血圧 無・有 (服薬・経過観察・)					
	・糖尿病 無・有 (服薬・経過観察・)					
	・乳房トラブル 無・有 (服薬・経過観察・)					
	・その他指導事項等 ()					
	精神症状 無・有					
	・不眠 無・有 ()					
	・食欲低下 無・有 ()					
	・気分の変化 無・有 (涙もろさ・抑うつ・無気力・いらいら・不安・自責)					
	・その他 ()					
その他	アレルギー 無・有 (食物・化学物質・その他)					
	特記事項 ()					
サポート 状況	実家 (妊産婦: 育児協力の有無(有・無)、夫・パートナー: 育児協力の有無(有・無))					
	特記事項 ()					
※2子目 以降の 場合	前回までの妊娠・出産・産後での指摘事項 無・有					

2. 利用者（児）の状況

氏名	(男・女)	生年 月日	年 月 日	出生 順位	第 子目
出生時の状況	出生時体重 () g 週数 () 週 異常 無・有 () 黄疸 無・有 (光線療法・交換輸血・他) 保育器収容 無・有 新生児仮死 無・有 その他 無・有 ()				
現在	月 日現在 生後 () か月 () 日 体重 () g ※直近の状況で記載してください				
	○栄養： 母乳・ミルク・混合 哺乳力： 良・不良 母乳 回・ミルク ml× 回 ○離乳食：実施の有無 無・有 離乳食を開始している場合 (始めた時期 月 日頃～、現在 回食) 食事の時間： 時頃・ 時頃・ 時頃				
	○その他産後ケア事業利用時に共有が必要な情報 (下記は必要に応じて記載) <ul style="list-style-type: none"> ・アレルギーの有無 無・有 () ・治療中または経過観察中の病気 無・有 () ・かかりつけ医： () ・予防接種 接種状況 () ・その他 () 				

3. 事業利用対象者であることの確認

<input type="checkbox"/> 出産後、疲労や育児不安等がある。 <input type="checkbox"/> 家族等から家事や育児などの十分な協力が得られない状態である。 <input type="checkbox"/> 母子ともに感染症が疑われる症状（発熱、咳等）がなく、医療的介入の必要がない。 ※上記3つ全て該当していることが必要 <input type="checkbox"/> その他特記事項（利用者が困っている事等） <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> () </div>

4. 区役所・総合支所から実施施設への連絡事項

--