

トハウス 産後ケアプラン（他院で出産された方）

氏名		現住所	
生年月日	年 月 日生 才	自宅: - - 携帯: - -	
分娩日	年 月 日 (初・経)		
夫の氏名	様 (才)	職業:	
入院中の連絡先(ご本人以外の電話番号)			
①自宅			
②夫(携帯または職場)			
退院後の行き先・連絡先			
①自宅			
②実家(tel)			
③その他() (tel)			
退院後の支援の有無 (有・無) 主な支援者()			
支援内容()			
支援者の氏名: 住所:			
妊娠()回、分べん()回、自然流産()回、人工妊娠中絶()回 それはいつですか？			
・西暦	年 月 日()週	g 男・女	正常・吸引・帝王切開
出血量()	分娩時間()	分娩施設()	
・西暦	年 月 日()週	g 男・女	正常・吸引・帝王切開
出血量()	分娩時間()	分娩施設()	
・西暦	年 月 日()週	g 男・女	正常・吸引・帝王切開
出血量()	分娩時間()	分娩施設()	
・西暦	年 月 日()週	g 男・女	正常・吸引・帝王切開
出血量()	分娩時間()	分娩施設()	
・西暦	年 月 日()週	g 男・女	正常・吸引・帝王切開
出血量()	分娩時間()	分娩施設()	
[家族構成]			
本人 — 夫			
同居家族 人			
<p><例></p> <p>同居家族 6 人</p>			

①既往歴についてお聞きします。

今までに大きな怪我(骨折など)、長期にわたる通院、入院、手術などをしたことがありますか

なし

あり (例:10才の時肺炎で入院、25才の時健康診断で不整脈を指摘されたなど)

アレルギーはありますか

鼻炎 花粉症 アトピー

気管支喘息 (手持ちの薬 なし・あり)

食べ物 (小麦粉 卵 大豆 牛乳 サバ えびなど)

消毒薬 (アルコール綿 イソジン)

ゴム (ゴム手袋など)

その他()

②薬についてお聞きします。薬を飲んで副作用(じんましん、気分不快、吐き気など)がでたことがありますか

なし・あり (薬品名:)

A.産後ケア デイサービス型をご希望の方

1、利用日時 (年 月 日 時まで)

2、産後ケアを利用しようと思った理由を教えてください (○を付けてください)

① 授乳のやり方を教えてほしい

② 沐浴のやり方を教えてほしい

③ 自分で沐浴をしたい

④ 育児のコツを教えてほしい (抱き方、オムツ交換、泣いた時の対応など)

⑤ 周りに支援してくれる人がいないので休みたい (家事手伝いなど)

⑥ 身体・体調の回復のため休みたい

⑦ 断乳したい

⑧ 乳腺炎のケアを受けたい

⑨ エステを利用したい ⑩ その他

3、利用目的をふまえた上で、スタッフへの希望やお願いを記入してください

4、その他、相談したいこと・伝えたいことがあれば記入してください

5、産後ケア利用後の支援の希望はありますか？

B.産後ケア 宿泊型をご希望の方

1、利用日時（ 年 月 日 時～ 月 日 時まで）

2、産後ケアを利用しようと思った理由を教えてください（○を付けてください）

① 授乳のやり方を教えてほしい

② 沐浴のやり方を教えてほしい

・利用期間中、毎日、自分で沐浴したい

・利用期間中、1回、自分で沐浴したい

・利用期間中、2～3回、自分で沐浴したい

・沐浴の説明だけ、もう一度聞きたい

③育児のコツを教えてください（抱き方、オムツ交換、泣いた時の対応など）

[]

④ 周りに支援してくれる人がいないので休みたい（家事手伝いなど）

⑤ 身体・体調の回復のため休みたい

⑥ 断乳したい

⑦ 乳腺炎のケアを受けたい

⑧ 骨盤教室を受けたい ※産後ケア利用期間中に骨盤教室が実施される場合のみ受講できます

⑨ エステを利用したい

3、利用目的をふまえた上で、スタッフへの希望やお願いを記入してください

[]

4、その他、相談したいこと・伝えたいことがあれば記入してください

[]

5、産後ケア利用後の支援の希望はありますか？

[]

5、親子入院、家族入院の希望はありますか？

① 子供（ 才、 才）

② 夫

③ その他（実母、姉等）

（ ）

年 月 日 助産師・看護師 _____