

氏名	様	年齢	歳	分娩日	年	月	日 (初・経)
① ご本人の携帯 () ② 夫の携帯 ()							
家族構成 [例] 同居家族 人 ※一緒に住んでいる方を○で囲んでください							

1. 利用方法： デイ1日型 ・ 宿泊型 (○をつけてください)
2. 利用日時： 年 月 日 時 ~ 月 日 時
3. 現在、産後のサポートをしてくれる方はどなたですか？ ()
4. 困った時に相談できる方はどなたですか？ ()
5. 精神科・心療内科・カウンセリング等で受診をされたことはありますか？ なし ・ あり
 - ① 過去に通院していた (いつ頃から： 診断名：)
 - ② 現在通院中 (いつ頃から： 診断名：)
 - ③ 現在内服中 (内服薬名：)
6. 今までにかかったことのある大きな病気や、現在、通院されている病名をご記入ください。
()
7. 現在、内服しているお薬をご記入ください(5.③以外)。
()
8. 今回のご利用で希望する内容に○をつけてください。
 - ① 授乳相談 (授乳手技・母乳量測定・ミルクの補足量・保護器の相談・搾乳方法・卒乳相談)
 - ② 沐浴指導 (見学したい・実施したい・夫への指導)
 - ③ 育児指導 (おむつ交換・抱き方・寝かしつけ・泣いた時の対応・遊び方・夫への指導)
 - ④ 休息 ⑤乳腺炎のケア ⑥その他()
9. 気になることや相談したいことがあればご記入ください。