


[illegible]

城陽市産後ケア事業

出産の状況	・在胎週数【 週 日 】 ・分娩場所【 】 ・分娩経過【頭位 ・ 骨盤位 ・ その他()】 ・分娩方法【自然 ・ 帝王切開 ・ 吸引 ・ 鉗子】 ・出血量【少量 ・ 中量 ・ 多量()ml】 ・分娩・出産後の異常がありましたか。【 いいえ ・ はい (あるものに○印)】 前置胎盤、前期破水、羊水混濁、羊水過多、微弱陣痛、陣痛促進剤 臍帯巻絡、その他() ・子宮復古【良 ・ 否】 ・悪露【正 ・ 否】 ・乳房状態【 】
乳児について	・出生時:体重【 g】 身長【 cm】 ・出生時の異常ありましたか。【いいえ ・ はい(あるものに○印)】 仮死、チアノーゼ、ひきつけ、黄疸、奇形、その他() ・栄養方法【母乳 ・ 混合 ・ 人工】 母乳 1日()回 ・ ()時間ごと ・ 1回()分程度 ミルク 1日()回 × 1回量()ml = 1日量()ml
育児状況	・育児を協力してくれる人はいますか。【 いいえ ・ はい(誰:)】 ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか。【 いいえ ・ はい(誰:)】
現在の状況	・今の気持ちを表現するとどれになりますか？○をしてください。 <div style="text-align: center;">      </div>
相談したいこと/心配なこと	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> お母さんの身体の回復や体調に不安がある <input type="checkbox"/> 授乳について <input type="checkbox"/> 沐浴について <input type="checkbox"/> 休息をとりたい <input type="checkbox"/> 家族などの支援が得にくい </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの発育・発達の確認をしたい <input type="checkbox"/> スキンケアについて <input type="checkbox"/> 自宅での育児方法について <input type="checkbox"/> 育児に対する悩みや心配事を相談したい <input type="checkbox"/> その他() </div> </div>
サポートに対するご意向	
食物アレルギーの有無	※宿泊型および通所型を利用される方は必ずご記入ください。 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし