つくばみらい市　産後ケア　アセスメントシート

記入日：令和　　年　　月　　日

利用者	母：氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿歳 児：氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 男・女　第　　子　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日生 緊急連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　夫・その他(　　)
利用目的	□休　息　□授乳相談　□育児相談　□育児不安 □その他(　　)
産婦の状況	出産施設：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 妊娠経過：□正　常　□切迫早産　□妊娠糖尿病　□妊娠高血圧症候群 □その他(　　) 妊娠期間：妊娠＿＿＿週＿＿＿日 分娩経過：□経腟分娩　（自然 ・ 無痛） □帝王切開　□吸引・鉗子分娩 治療中の疾患：□なし　□あり(　　)　※1 内服：　□なし　□あり(　　) 受診病院：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 精神疾患の既往：□なし　□あり(　　)　※2 内服：　□なし　□あり(　　) 受診病院：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ その他かかりつけ医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ アレルギー：□なし　□あり(　　)　※3 産後の経過：□良　□否(　　) 申請時の状況：　(　　) 質問票：EPDS　点（　月　日） 赤ちゃんへの気持ち　点（　月　日） 家族サポート：□なし　□あり(　　)
児の状況	出生時体重：＿＿＿＿＿g 出生時の状況：□特記事項なし　□あり(　　) 授乳の状況：□母乳（　回/日）　□ミルク（　ml/・　回/日） 直近の体重：＿＿＿＿＿g（　月　日） かかりつけ医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ その他：

産後ケア事業を利用するにあたり、上記情報を産後ケア施設へ提供することに同意いたします。

□本人の了承確認済

※１・２・3は聞き取り時点での情報です。最新の詳細は本人にご確認をお願いいたします。

■市確認欄

利用種別	利用回数　回目	□　通所型　利用期間　月　日 □　宿泊型　利用期間　月　日～　月　日	プラン確認者	
			地区担当保健師	