

新見市産後ケア事業利用者情報書（フェイスシート）

◎産後ケア事業をより効果的にご利用いただくために、下記の状況について太枠の中をご記入ください。

◎この情報書は、産後ケアを利用するにあたり、基本情報として利用施設へ情報提供します。

記入者： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

サービス種類	<input type="checkbox"/> 短期入所型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型 <input type="checkbox"/> 母乳育児相談			
利用希望日	年 月 日～	年 月 日	利用施設名	
ふりがな 産婦氏名			S・H	年 月 日 歳
ふりがな 乳児氏名	男・女 第 子		R	年 月 日 か月
住所	〒 岡山県新見市 _____ 電話番号（ _____ ）			
相談内容				
妊娠時の 状 況	<ul style="list-style-type: none"> ・今回の妊娠： 初回 ・ _____ 回目 ・妊娠中の異常： なし ・ あり <li style="padding-left: 20px;">ありの場合：強いつわり、切迫流産、切迫早産、貧血、疲労感 <li style="padding-left: 20px;">妊娠高血圧症候群（高血圧、蛋白尿、浮腫） <li style="padding-left: 20px;">その他の異常（ _____ ） ・妊娠中の服薬： なし ・ あり（ _____ ） 			
乳児の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・出生時：体重（ _____ g） 身長（ _____ cm） ・栄養方法： 母乳 ・ ミルク ・ 混合 ・出生時の異常： なし ・ あり（ _____ ） ・出生後の異常： なし ・ あり（ _____ ） 			
特記事項 (保健師記入欄)				

地区担当保健師（ _____ ）