

出産前後小児保健指導（ペリネイタルビジット）指導票

医院・クリニック・病院
 201__（平成2__）年
月
日

 先生

小児科保健指導医療機関名：

医師氏名：

住所：

TEL：

FAX：

ふりがな			
妊産婦氏名	生年月日	年	月 日（ 歳）
住 所	〒 自宅電話（ ） - 連絡先（ ） -		
配偶者氏名 (歳)	家族構成	配偶者、子（男 人 女 人） 祖父、祖母	
出産予定日 年 月 日	出産日	年 月 日	
既往症および家族歴			
妊娠経過： 現在妊娠 週、 過去の分娩回数 回 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 妊娠中・分娩時の異常・合併症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 分娩週数： 週 日 出生体重： g 生後： 生日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
小児科保健指導医療機関での指導内容： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>楽しく育児をするために <input type="checkbox"/>栄養 <input type="checkbox"/>一般生活（保温、皮膚の清潔・沐浴、おむつのあて方、生活リズム・睡眠など） <input type="checkbox"/>よく見られる症状・状態 <input type="checkbox"/>外出や旅行について <input type="checkbox"/>小児科医へのかかり方 <input type="checkbox"/>上のお子さんへの対応について <input type="checkbox"/>乳幼児健診の受け方 <input type="checkbox"/>予防接種の受け方 <input type="checkbox"/>現在の新生児の健康状態 <input type="checkbox"/>その他 			
その他の特記事項			

赤ちゃんについての問診票

お母さん方へ、赤ちゃんはお元気ですか。

赤ちゃんの育児、病気に関して何でもご相談下さい。

小児科訪問時の参考にしますので、問診票へ記入をお願いします。

記載日 201__（平成2__）年 月 日

お母さんの氏名 _____

お子さんの名前 _____ 200__（平成__）年__月__日生 男 女

第__子 出生体重__g

1. 赤ちゃんの授乳についてお尋ねします。あてはまるものに✓を付けて下さい。

母乳だけ

混合栄養（母乳主体、母乳とミルクが半々、ミルク主体）

ミルクだけ

母乳を__時間毎に、1回__分間 哺乳。

ミルクを__時間毎に、1回__ml または 1日合計__ml 哺乳。

2. 赤ちゃんに関して気になること、心配なことはありませんか。

・哺乳について

母乳が足りているか？ 吐く ゲップが出ない

その他 _____

・体に関すること

皮膚：黄疸 湿疹 おむつかぶれ 母斑 血管腫

その他 _____

おへそ：出血 肉芽 出べそ（臍ヘルニア） その他 _____

目やに 鼻づまり くしゃみ 咳 喘鳴 しゃっくり うなる

原因がわからない泣き

耳のかたち（副耳、耳瘻孔） 向き癖（頭のかたち） 足のかたち

その他 _____

・睡眠に関して

寝つきが悪い 昼夜が逆転している 睡眠時間が短い

その他 _____

・排泄に関して

便の回数 便の色 尿の回数 尿の色

その他 _____

・日常生活に関して

入浴について 部屋の温度 寝かせかた 外出、乗り物について

予防接種の受け方 乳幼児健診 病気のときの対応

・その他 _____

3. 今までに何か病気になりましたか？

ない

ある _____

お母さん方へ、赤ちゃんはお元気ですか。

赤ちゃんの子育てや病気についてなど何でもご相談ください。

楽しく子育てを行なっていくうえで、お母さんの心と体の健康は大切なことです。

私たち小倉北区と小倉南区の産科と小児科のグループでは、赤ちゃんの発育・発達をみるだけでなく、お母さんの心と体の健康もサポートし、子育て全体の支援をしていきたいと思っています。

アンケートにご協力をお願いします。

記載日 201__（平成2__）年 月 日

お名前 _____

赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、今のあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけてください。

- | | | | | |
|--|----------|---------|---------|----------|
| 1. 赤ちゃんをいとoshii | ①ほとんどいつも | ②たまには強く | ③たまには少し | ④ぜんぜんない |
| 2. 赤ちゃんのためにしないと
いけないことがあるのに、
どうしていいかわからない。 | ①ぜんぜんない | ②たまには少し | ③たまには強く | ④ほとんどいつも |
| 3. 赤ちゃんが腹立たしく、
いやになる。 | ①ぜんぜんない | ②たまには少し | ③たまには強く | ④ほとんどいつも |
| 4. 赤ちゃんに対して、何も
特別な気持ちがわからない。 | ①ぜんぜんない | ②たまには少し | ③たまには強く | ④ほとんどいつも |
| 5. 赤ちゃんに対して怒りが
こみあげる。 | ①ぜんぜんない | ②たまには少し | ③たまには強く | ④ほとんどいつも |
| 6. 赤ちゃんの世話を楽しみ
ながらしている。 | ①ほとんどいつも | ②たまには強く | ③たまには少し | ④ぜんぜんない |
| 7. こんな子でなかったらなあ
と思う。 | ①ぜんぜんない | ②たまには少し | ③たまには強く | ④ほとんどいつも |
| 8. 赤ちゃんを守ってあげたい
と感じる。 | ①ほとんどいつも | ②たまには強く | ③たまには少し | ④ぜんぜんない |
| 9. この子がいなかったらなあ
と思う。 | ①ぜんぜんない | ②たまには少し | ③たまには強く | ④ほとんどいつも |
| 10. 赤ちゃんをととても身近に
感じる。 | ①ほとんどいつも | ②たまには強く | ③たまには少し | ④ぜんぜんない |

ご協力ありがとうございました。

お母さんへのアンケート

氏名 _____ 記載日 201__（平成 2__）年 ___月 ___日

マタニティーブルーズをご存知ですか。

出産後まもないお母さんの一時的な気分と体調の障害で、涙もろさ、抑うつ、不安、緊張、不眠、疲労、食欲不振などの症状がみられます。

よろしければ、以下の質問へのご記入をお願いします。

1. このような症状が何かありますか？

- ・ない ・ある 涙もろさ 抑うつ 不安 緊張 不眠 疲労 食欲不振
その他 _____

2. どなたかに相談しましたか？

- ・いいえ ・はい 夫 実母（父） 義母（父） 兄弟姉妹 友人 その他 _____

3. つぎに、お母さんの現在の気分についてお伺いします。

過去 7 日間にあなたが感じられたことに最も近い答えに○をつけてください。

①. 笑うことができるし、物事のおもしろい面もわかる。

- ・いつもと同様にできる ・あまりできない ・明らかにできない ・まったくできない

②. 物事を楽しみにして待つことができる。

- ・いつもと同様にできる ・あまりできない ・明らかにできない ・まったくできない

③. 物事が上手いかないとき、自分を不必要に責める。

- ・まったく責めない ・あまり責めない ・時々責める ・つねに責める

④. 理由もないのに不安になったり心配したりする。

- ・まったくない ・ほとんどない ・時々ある ・しょっちゅうある

⑤. 理由もないのに恐怖におそわれる。

- ・まったくない ・めったにない ・時々ある ・しょっちゅうある

⑥. することがたくさんあるときに

- ・うまく対処できる ・たいていうまく対処できる
・いつものようにうまく対処できない ・ほとんど対処できない

⑦. 気分的に楽しくないので、よく眠れない。

- ・まったくない ・たまにそうである ・時々そうである ・ほとんどいつもそうである

⑧. 悲しくなったり、惨めになったりする。

- ・まったくない ・たまにある ・かなりしばしばある ・ほとんどいつもそうである

⑨. 気分的に楽しくないので、泣けてくる。

- ・まったくない ・たまにある ・かなりしばしばある ・ほとんどいつもそうである

⑩. 自分自身を傷つけるのではないかという考えが浮かんでくる。

- ・まったくない ・めったにない ・ときたまある ・しばしばある

ご協力ありがとうございました。