

ご利用者様情報

記入日 年 月 日

※ご利用の初日にご持参いただくようお願いいたします。

ふりがな	生年月日		
氏名	昭和・平成	年	月 日 (歳)
住所 〒			
電話番号：	緊急連絡先 氏名： (続柄) 電話番号：		
出産場所：	分娩方法： 経膣分娩 ・ 吸引分娩 ・ 鉗子分娩 ・ 無痛分娩 ・ 帝王切開		
妊娠・出産・産後の経過 (例) 妊娠中に血圧が高くなった、産後の出血で貧血があり鉄剤を内服した など			
アレルギー： 薬 () 食べ物 () その他 ()			

既往妊娠・分娩歴 (今回のご妊娠を除いて可能な範囲でご記入ください)				
年月日	週数	性別	出生体重	特記事項 (高血圧、妊娠糖尿病、甲状腺疾患など)

産後ケアをご利用になられるお子さんのお名前		生年月日： 年 月 日 (週 日)		
氏名	ふりがな	性別	出生時体重	出生時身長
()	()	男・女	g	cm
()	()	男・女	g	cm
()	()	男・女	g	cm

最近の栄養： 母乳 () 回/日 搾乳 () 回/日 ミルク () ml × () 回/日

現在、気になっていることや心配なことなど、助産師に聞きたいことはありますか？

赤ちゃんについて心配なことはありますか？ (例：ミルクアレルギー、湿疹など)

赤ちゃんのことを教えてください。(例：話しかけられるのが大好きです！ 大きな音にびっくりしやすいです など)