**産後ケア事業利用希望問診票（初回）**

**氏名**

産後ケア事業の利用を希望するにあたり、以下の状況について教えてください。

〇利用希望内容　※複数回答可

　１、産後の体調確認・生活指導　　　　　　２、産後の心のケア

３、授乳方法・母乳についての相談指導　　４、育児に関する相談指導

５、その他

〇出産時の状態

　　分娩施設　（　　　　　　　　　　　）在胎週数　（　　　）週（　　）日

　　出生時体重（　　　　　）ｇ　　身長（　　　　　）㎝

　　特記事項　なし

あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〇お母さんの状態

既往歴　　なし

あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〇現在の心身状態

　　　よい　・　よくない（　疲れやすい・眠れない・イライラする　）　※複数回答可

　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

〇育児の状況　※複数回答可

　　　楽しい・負担に感じる・気持ちが追い詰められる・不安になる・子どもがかわいいと思えない

　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〇支援者の有無　※複数回答可

　　　いない　・　いる（　夫・父母・義父母・きょうだい・友人　）

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※宿泊（ショートステイ）・通所（デイサービス）型希望者のみ

・利用にあたり食物アレルギーがある等配慮が必要なことがあればご記入ください。