◎　このシートは、申請の面談時に、基本情報を得るためのものです。
　産後ケア事業の委託先機関（産科・助産院等）への連絡等に使用します。

【日出町産後ケア事業問診表】産後ケア事業の利用にあたり、以下についてお答えください。

記入者氏名	続柄：　本人・その他（　　）

1　産後ケア事業でどのような内容を希望されますか。
　□　お母さんの身体面のケアと休養・相談（疲労感・睡眠不足・体の痛み等）
　□　お母さんの心理面のケアと休養・相談
　（イライラする・楽しみにする気持ちが起きない　こどもをかわいいと思えない等）
　□　授乳方法の相談や乳房ケア
　（母乳分泌を増やしたい・乳房トラブルを改善したい・ミルクの追加方法等）
　□　子どものお世話の仕方や育児相談
　□　生活の相談（産後の生活、多胎育児、生活の困難さ、支援者がいない等）

2　現在、お母さんが感じる不安や体調不良は、具体的にどのようなものですか。

（　　）

3　過去に大きな病気、または現在服薬中、通院中の病気はありますか。

いいえ　・　はい　⇒　（　　）

アレルギー（食物・薬）はありますか　（いいえ・はい）

4　過去もしくは現在、こころの問題でカウンセラーや心療内科・精神科クリニック等に相談したことがありますか。

いいえ　・　はい　⇒　過去に相談していた・現在している　⇒　（　　）

5　子どもについて、産科医療機関や助産所から伝えられたことはありますか。

いいえ　・　はい　⇒　（　　）

6　子どもについて、育てにくさを感じていることはありますか。

いいえ　・　はい　⇒　（　　）

7　その他、気になることがあれば、ご記入ください。

（　　）