

# 産後サポート質問票

児氏名 \_\_\_\_\_

該当するものに○や内容を記入してください。

妊婦前・妊娠中・分娩・産後の状況		記入者 赤ちゃんからみて一母・父・祖母・祖父・その他( )	来所日 年 月 日
<p>1. 妊娠前に次の病気にかかったことがありますか？</p> <p>①以下の項目該当なし</p> <p>②高血圧 薬(無・有)</p> <p>③心臓病 薬(無・有)</p> <p>④糖尿病 薬(無・有)</p> <p>⑤腎臓病 薬(無・有)</p> <p>⑥甲状腺病 薬(無・有)</p> <p>⑦肝臓病・肝炎(B型・C型肝炎等) 薬(無・有)</p> <p>⑧こころの病気(自律神経失調症など) 薬(無・有)</p> <p>⑨その他 薬(無・有)</p> <p>⑩がん 薬(無・有)</p>		4. お産の状況	出生時の状況
		<p>①以下の項目該当なし</p> <p>②帝王切開</p> <p>③吸引分娩</p> <p>④骨盤位(さかご)</p> <p>⑤微弱陣痛</p> <p>⑥へそのおが巻く(部位)</p> <p>⑦前置胎盤</p> <p>⑧前早期破水</p> <p>⑨胎盤早期剥離</p> <p>⑩出血量 少量・中量・多量(ml)</p> <p>⑪その他( )</p>	<p>1. 生まれた時のお子さんの状態と経過</p> <p>①異常なし 薬やその他治療</p> <p>②仮死 ( )</p> <p>③けいれん ( )</p> <p>④低出生体重児 ( )</p> <p>⑤保育器使用( 日間)</p> <p>⑥酸素使用( 日間)</p> <p>⑦黄疸で光線療法( 日間)</p> <p>⑧黄疸で交換輸血 ( )</p> <p>⑨呼吸不全 ( )</p> <p>⑩チアノーゼ ( )</p> <p>⑪その他 ( )</p>
<p>2. 妊娠中の状況</p> <p>★妊婦歯科健診 受診(有・無)</p> <p>★多胎妊娠(双子等) 無・有</p> <p>★風しん抗体検査結果 抗体値 [ ]</p> <p>★HTLV-1抗体結果 陰性・陽性</p> <p>①以下の項目該当なし</p> <p>②貧血 薬(無・有)</p> <p>③妊娠高血圧症候群 薬(無・有)</p> <p>④切迫流早産 薬(無・有)</p> <p>⑤強いつわり 薬(無・有)</p> <p>⑥風しん(三日はしか) 薬(無・有)</p> <p>⑦麻しん(はしか) 薬(無・有)</p> <p>⑧水痘(みずぼうそう) 薬(無・有)</p> <p>⑨性感染症 薬(無・有)</p> <p>⑩その他 薬(無・有)</p> <p>⑪妊娠糖尿病 薬(無・有)</p> <p>⑫がん 薬(無・有)</p>		5. 産後の母の体の状態	2. 生まれつきの病気と経過
		<p>①順調 薬やその他治療</p> <p>②軽度出血(お産の後の大出血) ( )</p> <p>③産褥熱(お産の後の熱) ( )</p> <p>④妊娠高血圧症候群後遺症 ( )</p> <p>⑤貧血 ( )</p> <p>⑥その他( ) ( )</p>	<p>①なし 薬やその他治療</p> <p>②斜頭 ( )</p> <p>③股関節脱臼 ( )</p> <p>④臼蓋形成不全 ( )</p> <p>⑤心臓疾患 ( )</p> <p>⑥食道・消化器疾患 ( )</p> <p>⑦脛骨髓疾患 ( )</p> <p>⑧分娩時外傷 ( )</p> <p>⑨先天性代謝異常 ( )</p> <p>⑩その他( ) ( )</p>
<p>3. し好品</p> <p>【たばこ】</p> <p>母親 妊娠前 ①吸わない②吸う(1日 本)</p> <p>妊娠中 ①吸わない②吸う(1日 本)</p> <p>出産後 ①吸わない②吸う(1日 本)</p>		6. 産後の母のこころの状態	出生時の検査
		<p>1. 産後うつで受診した 薬やその他治療</p> <p>2. 治療中・通院中 ( )</p> <p>(以前から通院していたを含む)</p>	<p>1. 先天性代謝異常検査</p> <p>①正常 ②要精密検査 ③受けていない ④検査結果不明</p> <p>精密検査結果(異常なし・経過観察・治療中・受けていない)</p> <p>2. 新生児聴覚検査</p> <p>初回検査日( 年 月 日) 検査方法:AABR・OAE・検査方法不明 ①バス ②リファー ③受けず(理由)</p> <p>確認検査日( 年 月 日) 検査方法:AABR・OAE・検査方法不明 ①バス ②リファー ③受けず(理由)</p> <p>精密検査( 年 月 日) 検査方法:AABR・OAE・検査方法不明 結果 ①正常 ②一側性難聴 ③両側性難聴 ④評価不能(要再検査) ⑤受けず(理由)</p>
<p>【アルコール】</p> <p>母親 妊娠前 ①飲まない②飲む</p> <p>1週間に( )日・1日の量( )単位以下</p> <p>妊娠中 ①飲まない②飲む</p> <p>1週間に( )日・1日の量( )単位以下</p> <p>出産後 ①飲まない②飲む</p> <p>1週間に( )日・1日の量( )単位以下</p> <p>1単位のめやす(純アルコール20g)</p>		現在下記のような症状がありませんか。	<p>【B型肝炎ワクチンについて】</p> <p>母子感染予防として、健康保険により、生後すぐにB型肝炎ワクチンの接種を受けましたか？</p> <p>①はい ②いいえ</p>
		<p>(1). 何をしてもおっくうで、食べる量も減っている</p> <p>①その通り 理由</p> <p>②ほぼその通り</p> <p>③やや違う</p> <p>④全く違う</p> <p>(2). 不眠が続く。</p> <p>①その通り 理由</p> <p>②ほぼその通り</p> <p>③やや違う</p> <p>④全く違う</p> <p>(3). はっきりした理由もないのに憂うつな気分が続く。</p> <p>①その通り 理由</p> <p>②ほぼその通り</p> <p>③やや違う</p> <p>④全く違う</p> <p>(4). こどもに愛情がわからず世話ができない。</p> <p>①その通り 理由</p> <p>②ほぼその通り</p> <p>③やや違う</p> <p>④全く違う</p> <p>(5). 自分を責め、自分自身を傷つけるという考えが浮かんだ。</p> <p>①その通り 理由</p> <p>②ほぼその通り</p> <p>③やや違う</p> <p>④全く違う</p>	児の発育状況
		<p>1. 今までにかかったことのある大きな病気や事故</p> <p>①なし</p> <p>②あり 病名 いつ頃 (か月)</p> <p>2. 継続して通院・治療する必要のある病気</p> <p>①なし ②あり ③入院中</p> <p>病名</p> <p>病院</p> <p>経過</p> <p>薬(無・有[ ]) その他治療</p>	保健サービス
		<p>★ご家族(赤ちゃんから見て一父母・祖父母・兄弟姉妹・祖父母・おじおば等)で股関節の治療を受けた方がおられますか。</p> <p>無・不明・有 一誰が( )病名( )</p>	来所者氏名(統柄:赤ちゃんからみて) [ ]