

ID()

母乳外来問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	昭 平	年	月	日
氏名					(才)	
ご職業	・ 無					
赤ちゃんのお名前		生後 ()ヶ月				

▼ 相談したいことに○をつけてください。

- () 乳房に痛みがある。 () 赤ちゃんが母乳を飲まない。
 () 熱が出た。 () 母乳が足りてない気がする。
 () 乳房の腫れ、しこりがある。 () 赤ちゃんの体重が増えない。
 () 乳首に傷、痛み、白斑がある。 その他()

▼ その自覚症状はいつ頃からですか？

- () 今日
 () _____ 日前
 () _____ 週間前

▼ 最近、ストレスになるような生活上の変化はありましたか？

- () 里帰りから自宅へ帰った。 その他()
 () 家族のイベント、行事があった。
 () 周囲に気を使うことがあった。

▼ 現在の授乳の様子

母乳のみ 回/日
 搾乳 約 ml 回/日
 ミルク 約 ml 回/日
 離乳食 回

▼ 分娩の状態

分娩周数 週
 自然分娩 ・ 帝王切開
 出下時体重 g
 出血量 (多 中 小)
 妊娠中の異常 無 ・ 有 ()

▼ 家族構成

夫 歳 ご職業 ()
 子 歳
 子 歳
 子 歳
 その他 ()

▼ 育児のサポートの有無

- ・ 夫 ・ 実母 ・ 義母 ・ 姉妹 ・ 実父 ・ 義父 ・ その他()
 ・ 無