

# 座間市産後1ヶ月健診時アンケート2

(市送付用)



＜医療機関の方へ＞「市送付用」を翌月10日までに  
 神奈川県産科婦人科医会へ送付してください。尚、  
 早急に支援が必要な場合は、座間市健康づくり課  
 (TEL046-252-7225)にご連絡ください。

記入日

令和   年   月   日

太枠の中をご記入ください

		姓(カタカナ)					名(カタカナ)					
氏名		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
生年月日		昭平	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	
質問事項	出産日は ( 年 月 日) 退院して _____ 日目											
	現在住んでいる場所(実家・夫の実家・自宅・その他: _____)											
	お産のあとから今日までに以下の項目に該当する方は☑印を付けてください。											
	<input type="checkbox"/> 明るく、楽しい気分でごすごした	<input type="checkbox"/> 落ち着いた、リラックスした気分でごすごした	<input type="checkbox"/> 意欲的で、活動的にすごした									
	<input type="checkbox"/> ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた	<input type="checkbox"/> 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった										
	<input type="checkbox"/> お産には満足できなかった	<input type="checkbox"/> 赤ちゃんはまだ入院している、あるいは問題があると言われている	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー)が精神的に支えてくれない									
	<input type="checkbox"/> 孤独で友達がいなくて感じている	<input type="checkbox"/> 子どもを産んでからやりたいことがほとんどできていない	<input type="checkbox"/> 過去あるいは現在、精神疾患で受診したことがある									
	<input type="checkbox"/> はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた	<input type="checkbox"/> 物事をうまく扱えないと感じることが多い	<input type="checkbox"/> 赤ちゃんが身近に感じない									
	<input type="checkbox"/> 小さなことで子どもに腹を立てやすい	<input type="checkbox"/> 母乳を希望しているのに出が悪いことを心配している	<input type="checkbox"/> 胸のしこり、乳腺炎がある									
	<input type="checkbox"/> 会陰部あるいは帝王切開創部の痛みがまだある	<input type="checkbox"/> 赤ちゃんを抱っこするときに、腕・手首に痛みがある	<input type="checkbox"/> 尿もれがある									
その他心配なこと、相談したいことがあれば何でもお書きください。												

産婦健診2週間

産婦健診1か月

シロタ産婦人科 久保隆彦(久保班より作成)

医療機関名

R01.08.a