

座間市産後2週間健診時アンケート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									
	分娩は (自然経膣分娩・吸引あるいは鉗子分娩・帝王切開) 誘発分娩 (無・有)									
	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"/>	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た	<input type="checkbox"/>	夫(パートナー)が精神的に支えてくれない				
	<input type="checkbox"/>	孤独で友達がいないと感じている	<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"/>	過去に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"/>	日常生活の中に興味あることが無かった	<input type="checkbox"/>	悲しくなったり、惨めになったりした				
<input type="checkbox"/>	明るく楽しい気分で過ごしてなかった	<input type="checkbox"/>	物事をうまく扱えないと感じる事が多い	<input type="checkbox"/>	赤ちゃんが身近に感じない					
<input type="checkbox"/>	小さなことでも子どもに腹を立てやすい	<input type="checkbox"/>	母乳の出が悪い	<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の痛みがある	<input type="checkbox"/>	腕・手首に痛みがある	<input type="checkbox"/>	尿漏れがある					
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