

大和市産後健康診査母子保健リスクアセスメントシート

産後 2 週間健診 産後 1 か月健診
 市への情報提供への同意 (有・無)

年 月 日

産婦氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	大和市		
電 話			

産婦の様子	こどもの様子
<input type="checkbox"/> 質問や訴えが多い <input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> 反応なし・無表情 <input type="checkbox"/> 会話がつながらない 意思疎通が図れない <input type="checkbox"/> 安全に育児ができない (調乳・環境等) <input type="checkbox"/> 攻撃的・衝動的 <input type="checkbox"/> 気分に波がある <input type="checkbox"/> 子どもがかawaiiと思えない等の言動がある <input type="checkbox"/> 精神疾患 (治療中・未治療・自己中断) <u>診断名</u> <input type="checkbox"/> EPDS9 点以上 <u>内容</u>	<input type="checkbox"/> 体重増加不良 <input type="checkbox"/> 育てにくい (よく泣く・母乳や ミルクの飲みが悪い) <input type="checkbox"/> 抱きにくい <input type="checkbox"/> 衣服等が不衛生・悪臭 その他、診察の状況等
<input type="checkbox"/> 身体的な不調・回復のおくれ有 <input type="checkbox"/> 母乳分泌不良 授乳困難 <input type="checkbox"/> 育児休暇相談者・協力者がいない	
医療機関名	

連絡先 大和市すくすく子育て課母子保健係 電話 0 4 6 - 2 6 0 - 5 6 0 9