

# 「 はじめて お注射外来 」 問診票

お子様の名前： \_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_\_ 子

1. 赤ちゃんとの生活に慣れてきましたか？ ○を付けてください。

はい      いいえ      どちらともいえない

K2シロップは何回内服  
していますか？

\_\_\_\_\_回

2. 赤ちゃんとの生活について教えてください。

1日の母乳やミルクの量と回数 (母乳 \_\_\_\_\_ 回/ミルク \_\_\_\_\_ ml × \_\_\_\_\_ 回)

1日のおしっこやウンチの回数 (おしっこ \_\_\_\_\_ 回/ウンチ \_\_\_\_\_ 回)

3. 赤ちゃんのことでご心配なことやご不安なことがありますか？

あれば○を付けてください。複数回答可。

赤ちゃんの体重増加      母乳やミルクの事      スキンケア      夜泣き  
赤ちゃんの機嫌(泣き)      赤ちゃんとの生活リズム      沐浴やお風呂      げっぷ嘔吐  
抱っこについて      おしっこやウンチについて      洋服の選び方について  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. ママさんの身体で心配なことはありますか？

あれば○を付けてください。複数回答可。

肩こり   頭痛   めまい   ふらつき   腹痛   不正出血(悪露がまだある)  
眠れない   食欲不振   腰痛   骨盤痛   手の痛み   尿漏れ   下痢や便秘  
乳腺炎   おっぱいのしこり   おっぱいの痛み  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. ママさんの心の健康で以下にあてはまることはありませんか？ ○を付けてください。

【この1か月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか？】

はい      いいえ

【この1か月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？】

はい      いいえ