「　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

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