

中目黒オケタニ母乳育児相談室 ご相談表

No. _____ 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

血液型	型()
HBs 抗原	()
HCV	()
HIV	()
梅毒	()
HTLV-1	()
<input type="checkbox"/>	検査結果 転記
<input type="checkbox"/>	記録なし口頭確認

(ふりがな)
 お母さんの名前 _____ 生年月日 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)
 (ふりがな) 生年月日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳 ____ 月 ____ 日)
 お子さんの名前 _____ (男・女) ____ 第 ____ 子

現住所 〒 _____ 携帯 _____
 実家住所 〒 _____

- * 中目黒オケタニ母乳育児相談室を何でお知りになりましたか→ _____
- * 本日はどのようなご相談でいらっしゃいましたか？ → (乳腺炎・つまり・乳房痛・乳頭亀裂・乳頭痛・白斑・母乳不足・直接授乳が全くできない、授乳が上手くできない・赤ちゃんの体重増加不良・メンテナンス・断乳前相談・断乳卒乳後乳房ケア・その他→ _____)
- ★ いつから、どのような状態か、詳しくお書きください。

- * お産した病院 _____ * 国籍 本人: 日本・その他 (____) 夫: 日本・その他 (____)
- * 職業 本人 _____ (復帰予定 ____ 年 ____ 月・無) 夫 _____ (育休取得期間 ____ 月 ~ ____ 月・無)
- * あなたが乳児の時の栄養方法 (母乳・混合・人工・不明)
- * 身長 _____ cm * 体重 _____ Kg * 豊胸手術 (無・有 → _____)
- * 今までにかかった病気・手術 (無・有 → _____) * 嗜好品 (珈琲・煙草・その他 → _____)
- * 自身のアレルギー (無・有 → 症状・病名・原因となる薬剤、食品、物など _____)
- 夫 (_____) 乳児 (_____) 乳児の兄弟 (_____)
- * 結婚年月日 → ____ 年 ____ 月 ____ 日
- * 不妊治療 (無・検査のみ・タイミング療法・ホルモン療法・人工受精(AIH)・体外受精-胚移植(IVF-ET)・顕微授精(ICSI)・その他 → _____)

過去の妊娠・分娩歴

年月日	週数	分娩方法	出産病院	性別	体重	健否	栄養方法	母乳を止めた月齢・状況	断乳方法処置	備考
年 月	週			男・女	g	健・否	完母・混合・完ミ			
年 月	週			男・女	g	健・否	完母・混合・完ミ			
年 月	週			男・女	g	健・否	完母・混合・完ミ			
年 月	週			男・女	g	健・否	完母・混合・完ミ			

妊娠経過

- * 前早期破水 (無・有 → _____) * 乳房手当 (無・有 → _____)
- * 特記事項(貧血、便秘、高血圧、蛋白尿、浮腫、切迫流早産、入院、など)ございましたら、お書きください (無・有 → _____)

分娩経過

- * 分娩週数 (____ 週 ____ 日)
- * 正常分娩・水中分娩・無痛分娩・異常分娩(吸引・鉗子・予定帝王切開・緊急帝王切開)
- * 出血量 (小・中・多 / ____ ml) * 分娩誘発 (無・有 → _____) * 特別な処置 (無・有 → _____)

産褥経過

- * 分娩後の入院期間中に、特記事項(貧血、高血圧、創離開、血種、恥骨離開、など)ございましたら、お書きください (無・有 → _____)
- * 乳房の張り (無・有 → 分娩後 ____ 日頃) * 乳房マッサージ (無・有 → ____ 回・施行者 _____)
- * 直接授乳開始 → 分娩後 ____ 時間 or ____ 日目 * 搾乳器の使用 (無・有 → 手動・電動 ____ 回)
- * 月経再来 (無・有 → 産後 ____ ヵ月頃から)

★ 裏面も御記入ください ★

授乳方法

入院中 1日 約 _____ 回

昼 母乳(_____ 時間毎) 搾乳 1回 _____ ml × _____ 回 ミルク 1回 _____ ml × _____ 回
 夜 母乳(_____ 時間毎) 搾乳 1回 _____ ml × _____ 回 ミルク 1回 _____ ml × _____ 回

現在 1日 約 _____ 回

昼 母乳(_____ 時間毎) 搾乳 1回 _____ ml × _____ 回 ミルク 1回 _____ ml × _____ 回
 夜 母乳(_____ 時間毎) 搾乳 1回 _____ ml × _____ 回 ミルク 1回 _____ ml × _____ 回

* 現在使用している哺乳瓶は何ですか？(母乳相談室・母乳実感・ピジョン・ヌーク・チュチュ・その他 _____ ・カップ ・スプーン)

お子さんの状態

		体重 g	身長 cm	頭囲 cm	胸囲 cm
出生時	/				
退院時	/				
1カ月	/				
	/				
	/				
	/				
	/				
	/				

* 助産師が記入します

舌小帯(状 度)
 舌の巻きつけ
 上唇小帯(状 度)
 上唇の巻き込み
 口開度
 吸着
 吸嚥

* 便 _____ 回 / _____ 日

* 尿 _____ 回 / _____ 日

* 機嫌 (良 ・悪い → 時間帯)

* 目やに (無 ・有 →)

* 湿疹 (無 ・有 → 部位)

* お乳を吐く (無 ・有 →)

* 母乳の飲み方 : 眠り飲み・むせる・浅い・嫌がる・吸い付かない・乳頭を引っ張る・噛む・乳頭が痛い・チクチク音を立てる・ その他 →

* 首のすわり → _____ カ月頃 * 寝返り → _____ カ月頃 * ずりばい → _____ カ月頃 * 四つばい → _____ カ月頃

* お座り → _____ カ月頃 * 高ばい → _____ カ月頃 * ハイハイ → _____ カ月頃

* つかまり立ち → _____ カ月頃 * つたい歩き → _____ カ月頃 * ひとり歩き → _____ カ月頃

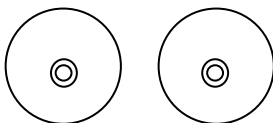
* 離乳食開始 (未 ・有 → _____ カ月から / 現在 _____ 回食)

* お子さんが今までかかった病気 →

* お子さんの事で心配なこと →

★ お疲れ様でした ★

20 / / (才 カ月 日) 承諾書
 (50 ・ 30 ・ 80) 分 ① ② ③ ④
 (時 分 → 時 分)



乳房 (小・中・大) (I ・ II a ・ II b ・ III) (硬い ・ 普通 ・ 軟い)
 乳輪 (広い ・ 普通 ・ 狭い) (硬い ・ 少し硬い ・ 軟い)
 乳頭 (太 ・ 中 ・ 細) (長 ・ 普通 ・ 短) 伸展 (良 ・ やや良 ・ 不良)
 乳頭 (小 ・ 中 ・ 大) (丸い ・ 楕円 ・ 扁平 ・ 陥没) (硬い ・ 普通 ・ 軟い)
 拡張 (R L) うっ滞 (R L) 癒着 (R L)
 催乳 (R L) 射乳 (R L)

子 (家族 ・ 保育園 ・ シッター ・ その他 _____)

体重 : _____ g (_____ g/日増)

身長 : _____ cm

尿 = _____ 回/日

便 = _____ 回/日