

産後ママ外来は、当クリニックに受診歴のある、もしくは受診予約のある（予防接種などでも可）生後1歳までのお子さんがおられるお母さんを対象としています。

出産を乗り越えて、そのまま育児を頑張り続けている中で頼るところが少なく疲れてしまっているお母さんをサポートさせていただきたいと思います。

- ・現在の状態の評価とその状態に応じた適切な休養などの指導
- ・過剰になっている負荷を軽減するために訪問看護などの導入
- ・不安、不眠などの症状に対する薬物療法などの治療介入

などを行っていきますが、より適切な支援のためには現在のしんどさはもちろんですがお母さん自身の生活歴をはじめとした様々な情報が重要であることがありますので、ご負担をかけて申し訳ありませんがなにとぞよろしくお願い申し上げます。

I 現在の一番お困りのことについてご記載ください

II 現在のお困りの症状や問題について、当てはまるものはありますか？

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い | <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める | <input type="checkbox"/> 早朝に目が覚める |
| <input type="checkbox"/> やる気が出ない | <input type="checkbox"/> 些細なことが気になる | <input type="checkbox"/> 切り替えが苦手 |
| <input type="checkbox"/> 大きな音が苦手 | <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れにくい | <input type="checkbox"/> 憂うつである |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 動悸がする | <input type="checkbox"/> 人見知りが強い |
| <input type="checkbox"/> 苦手な素材の服がある | <input type="checkbox"/> 人ごみが苦手 | <input type="checkbox"/> まぶしいのが苦手 |
| <input type="checkbox"/> 他人との距離間が苦手 | <input type="checkbox"/> 生ごみやトイレが苦手 | <input type="checkbox"/> イライラする |
| <input type="checkbox"/> 集中しにくい | <input type="checkbox"/> 緊張しやすい | <input type="checkbox"/> 声が聞こえる |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 吐き気がする | <input type="checkbox"/> 生理前がしんどい |
| <input type="checkbox"/> 仕事のミスが多い | <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い | <input type="checkbox"/> 責められている気がする |
| <input type="checkbox"/> その他 → | | |

III 既往歴

①身体疾患

なし

あり →

病名		発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中
病名		発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中
病名		発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中

なし

あり →

通院歴	病名	発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中
	病名	発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中
	病名	発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中
	年 月 ~ 年 月			クリニック/病院	通院/入院
年 月 ~ 年 月			クリニック/病院	通院/入院	
年 月 ~ 年 月			クリニック/病院	通院/入院	
年 月 ~ 年 月			クリニック/病院	通院/入院	

③内服薬について

・現在内服中の薬があればご記載ください

なし

あり → 内容:

IV 家族構成・家族歴

①近い家族・サポートが可能な家族について (把握できる範囲で全てご記入をお願いします)

名前 (年齢)	続柄	職業・学校	同居の有無	持病 (あれば)
(__歳)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> パートナー		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 継父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 継母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 父方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

なし

あり →

出生地	
年 (歳)	() から () へ
年 (歳)	() から () へ
年 (歳)	() から () へ
年 (歳)	() から () へ
年 (歳)	() から () へ

V 生活歴

①学歴・職歴についてお答えください

幼稚園・保育園①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	で転園
幼稚園・保育園②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	で転園
小学校①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
小学校②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
中学校①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
中学校②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
高校①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
高校②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
大学・専門学校①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
大学・専門学校②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
職歴①	職業：		歳～	歳まで勤務
職歴②	職業：		歳～	歳まで勤務
職歴③	職業：		歳～	歳まで勤務

②婚姻歴についてお答えください

歳で結婚	お子さん	人	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 離別 () 歳時
歳で結婚	お子さん	人	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 離別 () 歳時
歳で結婚	お子さん	人	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 離別 () 歳時
歳で結婚	お子さん	人	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 離別 () 歳時

①自身の家族関係で困っていた（大変だった）ことはありますか？

なし

あり →

食欲	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
睡眠時間	時から 時 (平均 時間程度)		
飲酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(1日あたりの飲酒量：)
喫煙	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(1日あたりの喫煙量：)
趣味や気分転換の方法			

Ⅶ 関連機関

①自身やお子さんが利用している制度で該当する項目があればチェックを付けてください

- 自立支援医療 精神障害者保健福祉手帳
 障害年金 療育手帳 (等級：)

②自身やお子さんが利用している機関で該当する項目があればチェックして機関名をご記載ください

- 医療機関 → ()
 児童福祉センター → ()
 保健福祉センター → ()
 子どもはぐくみ室 → ()
 産後ケア → ()
 ベビーシッター → ()
 保育園 → ()
 母児寮 → ()
 訪問看護 → ()
 ヘルパー → ()
 カウンセリング → ()

③その他、利用をしている制度や機関があればご記載ください

Ⅷ その他、問診では伝えられなかったことで現在の症状で気になることがあればご記載ください