

# 問 診 票

様

年 月 日

1. お体の様子で、あてはまるものに○をつけてください。（複数回答可）
- 眠れない 食欲がない 痔がある 尿漏れある なんとなく不調
- なんとなく不安 痛みがある（部位 \_\_\_\_\_）
- その他（ \_\_\_\_\_ ）
2. 今までに通院、入院、手術などの経験はありますか？
- （ \_\_\_\_\_ ）
3. 定期的に飲まれているお薬はありますか？
- （ \_\_\_\_\_ ）
4. 授乳はどのようにしていますか？
- 母乳のみ（ \_\_\_\_\_ 回/日）
- 混合（ 母乳： \_\_\_\_\_ 回/日、 ミルク： \_\_\_\_\_ ml X \_\_\_\_\_ 回/日）
- ミルクのみ（ \_\_\_\_\_ ml X \_\_\_\_\_ 回/日）
5. 現在、お子様や育児のこと、その他気になっていることがありますか。

6. 本日はどのようなケアをご希望されますか。（複数ご記入いただいてもかまいません）

\*みつおHOUSEでは、多くの方に産後ケアを知っていただくために、SNSを使用しております。その際の写真の掲載についてお尋ねいたします。

写真掲載： 許可する（母・子・顔がうつらなければ良い）  
許可しない

みつおHOUSEで、ゆっくりとお過ごしください。



産後ケアハウス みつおHOUSE