

ふりがな 名 前:		生年月日		職業(復職の予定)	
		歳		年 月 日	
住 所:			連絡先 ①携帯		
			②自宅		
(自宅・実家)			③実家		
<相談内容をお書きください>					
◆当てはまることがあれば()に印をしてください					
()発熱					
()痛み					
()しこり・腫れ					
()乳首の傷・痛み					
()母乳分泌不足(感)					
()児の体重増加確認					
()吸着困難(吸わない)					
()その他					
◆自覚症状はいつからありますか					
◆最近生活に変化はありましたか(行事・旅行など)					
<今回のお子様のお名前>			<現在の授乳のようす>		
男 ・ 女			母乳のみ:直接 回/日		
			搾乳 回/日		
<お子様の生年月日>		<生まれた時の体重>		混 合 :母乳 回/日	
年 月 日		g		搾乳 1回()ml × 回	
<今回の分娩の様子> 正常・異常(無痛・帝王切開・吸引・鉗子)			人工乳 1回()ml × 回		
分娩時の週数			人工乳 :1回()ml × 回		
分娩時出血量					
妊娠高血圧症・妊娠糖尿病・不妊治療					
<既往歴>			<お子様のきょうだいの様子>		
手術歴(乳房・乳頭・豊胸術含む)			母乳育児の状況 (乳腺炎含む)		分娩場所
			才 母・混・人工乳 ヶ月		
			才 母・混・人工乳 ヶ月		
			才 母・混・人工乳 ヶ月		
手術以外の病気			<家族のようす>		
			家族の協力状況		
アレルギー(薬・食物・その他)					
常備薬(治療薬・サプリメント)			家族以外にサポートして下さる方		
感染症(なし・あり)					