（様式3）

災害時の母子ケア実施記録票

支　援　日　　年　　月　　日
支 援 場 所 避難所（　　）
訪　問（　自宅　　その他　　）
担当助産師（　　）

母子手帳（有・無）

ふりがな 母の氏名		年　　月　　日生　　才 職業 妊娠　　週　予定日（　　） 産後　　ヶ月　　日
ふりがな 父の氏名		年　　月　　日生　　才 職業
ふりがな 子の氏名		年　月　日生（　才　ヶ月　日）第　子 在胎　　週・出生体重　　g
現住所		TEL
〈家族構成・状況〉		〈生活状況〉 ・ライフライン(電気・水道・ガス・通信) ・不足しているもの
◎主訴		

母	子
既往歴・妊娠経過・分娩歴 現在の体調： 現病歴： 内服薬： 食　欲：　　良 ・不良 睡　眠：　　良 ・不良 血　圧：　　/ 排　便：　　回/　　日 アレルギー：無・有（　　） 精神状態（表情・訴え・声のトーン、など） 母乳分泌：良・不良 乳房の状態	本日の体重　　g 栄養：母乳　　回 ミルク　　ml ×　　回 離乳食 哺乳力・食欲　：　良・　不良 排泄：尿　　回/　　日 便　　回/　　日 体温：　　℃ 皮膚： アレルギー　無・有（　　） 機嫌、精神状態
	支援内容・反応・客観的異常など 要支援（母・子）