

災害時の母子ケア実施記録票

支援場所避難所()

訪問（ 自宅 その他 ）

担当助産師 ()

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		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
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） 		支援内容・反応・客観的異常など
母乳分泌：良・不良 乳房の状態 		 要支援（母・子）