

産後ケア 事前問診票

ID() 氏名()

① 利用期間 (日帰り・宿泊)

年 月 日 ~ 年 月 日

② 赤ちゃんの栄養方法 ご記入ください

・母乳 : 回/日

・ミルク : ml/回 × 回/日



③ 利用目的 希望されるケアに○をつけてください

【 休息・授乳相談・赤ちゃんの体重相談・沐浴などの育児指導・その他】

④ その他 希望されるケアや過ごし方、相談したいことなど、ご自由にお書きください

[]

徳永産婦人科

