

今回の妊娠出産についてご記入ください

妊娠中の入院	無 ・ 有 (期間 : 理由)		妊娠中の内服	無 ・ 有 (期間 : 薬名)	
児の名前	性別	出産日(予定日)	週数	出生体重 身長	退院日(生後 日) 退院時体重
	男 女 他	年 月 日 (年 月)	週 日	g cm	年 月 日(生後 日) g

・ 今回の出産後、里帰りはされましたか？ 【 いいえ ・ はい 】

・ 本日の相談内容についてご記入ください

(【 抱っこ 】について気になること)

(その他、気になっていること)

・ 赤ちゃんの一番最近の体重 と その計測日を教えてください【計測日： 体重： g】

・ 赤ちゃんの股関節に関しておきかせください

【 股関節について医師から指導がありましたか 】 無 : 有 (内容をご記入ください)	【 股関節が硬いと言われたことがありますか 】 無 : 有 (どなたから言われましたか?)
【 股関節が硬いと思いますか? 】 いいえ : はい	【 赤ちゃんの血縁者で股関節の病気の人がありますか? 】 いいえ : はい (どなたですか?)
【 向き癖はありますか? 】 いいえ : はい (左 / 右) (いつからありますか?) (左右両方自分で向けますか?)	

助産師観察項目：該当項目に : 観察日 年 月 日 (月齢)

①股関節開排制限 (開排角度) 左右差	②大腿皮膚溝位置/数 鼠径皮膚溝深さ/長さ	③家族歴	④性別	⑤分娩胎位
<input type="checkbox"/> 20度以上 (70度以下) <input type="checkbox"/> 左右差 有り	<input type="checkbox"/> 非対象 (左右差あり) <input type="checkbox"/> 非対象 (左右差あり)	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 女兒	<input type="checkbox"/> 骨盤位

①陽性または
②③④⑤の2つ以上で
小児整形外科紹介

助産師記録

安 全	アセスメント	説明 ・ 指導
	股関節 (問題点: 無 ・ 有) 揺さぶられ子症候群 (無 ・ 有) 現状の抱っこ	
安 楽	アセスメント	説明 ・ 提案
	①特定の抱き方 ②特定の状況 【 栄養 】【 休息 】【 活動 】 ③具体的な技術 ママ 赤ちゃん	