

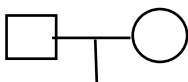
市町村等保健師様

災害時全戸訪問の際に情報収集と長野県助産師会への情報提供をお願いします。

㊞ 災害対策本部と長野県助産師会での情報交換、助産師の訪問等支援リストのみ使用します。

一般社団法人 長野県助産師会

情報提供カード

記載日時	年 月 日
紹介者	保健師・助産師・看護師・その他 () 氏名：
妊産婦・お母さん 氏名	
住所	
避難先住所	
連絡先(携帯番号)	
家族構成	 <p>子ども氏名： (歳) 子ども氏名： (歳) 子ども氏名： (歳) 子ども氏名： (歳)</p>
一般社団法人長野県助産師会へ上記について情報提供をすることに同意します。 本人署名：	

妊婦用：母子健康手帳を見せてもらい、妊婦健診の状況を聞く 現在の体調を聞く

1. 予定日 () 妊娠週数 ()
2. 現在、異常といわれていることはないか？
 - 1) 子宮の張り・硬さ () 出血 ()
 - 2) 血圧 ()
 - 3) むくみの状態・部位 ()
 - 4) 妊娠糖尿病 食事療法・インスリン ()
 - 5) 既往歴・合併症：()
3. 赤ちゃんはよく動いているか？ ()
4. 不安感・不眠など精神状態 相談する人がいないなど家庭環境

5. 自由記載

母子用：母子健康手帳を見せてもらい状況を把握する

1. 1)授乳の状況① 災害前後の変化 前)【母乳のみ 混合 ミルク】→ 後)【母乳のみ 混合 ミルク】
 ② 今後の希望 母乳分泌をよくしたい 現状でよい その他 ()
 - 2) 母乳分泌が悪くなった・不足感 熱っぽい しこりがある 乳房痛
 - 3) ミルクの在庫があるか？
 - 4) ミルクが清潔にきちんと作れているか？
2. 母 心身の体調・不安感 ()
 睡眠状況 () 食事を食べているか？ ()
3. 子 機嫌・よく泣く、体調など ()
 体温 (°C) 平熱 発熱状況 ()
 便秘・下痢 ()
 皮膚のトラブル () 入浴沐浴できているか？ ()
 合併症・受診状況など ()
4. 相談できる人がいるか？子どもたちや家族などの心配事 ()

5. 自由記載

子どもの物で不足しているもの (衣類・おむつ・おしりふき・薬など)

()

助産師の相談・訪問希望 **あり・なし**

【希望の有無にかかわらず助産師の判断で連絡することがあります】

(参考：外国語は Google など翻訳アプリがある)

