

マタニティケアスペシャリストレポート

氏名

予定日／分娩日	年 月 日	分娩時 医療介入	<input type="checkbox"/> なし
出産歴	<input type="checkbox"/> 初産婦 <input type="checkbox"/> 経産婦		<input type="checkbox"/> あり
年齢	歳		帝王切開 ・ 吸引分娩
既往歴			鉗子分娩 ・ 用手剥離 クリステレル その他 ( )
<input type="checkbox"/> 妊婦整体 <input type="checkbox"/> 産後整体 <input type="checkbox"/> バース			
S			
0	①痛みの部位・範囲： ②痛みの経過： ③痛みの質： ④悪化・軽減因子： 視診・触診： リンパ機能： 自律神経：		
A			
P	主に施術した筋肉： 施術・指導内容：		
評価			