

中間市産後ケア事業実施結果報告書

年 月 日

中間市長 宛

事業所名

住所

連絡先

(担当者名)

中間市産後ケア事業として、下記のケアを実施しましたので報告します。

| | | | | |
|-----------------|------------------|---------|------|--|
| (ふりがな) 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 歳 | 多胎利用 | <input type="checkbox"/> 有 (加算: 人※) <input type="checkbox"/> 無 ※例 双子の場合「1人」 |
| 住所 | 福岡県 市 町村 | (連絡先) | 世帯区分 | <input type="checkbox"/> 課税(A) <input type="checkbox"/> 非課税(B) <input type="checkbox"/> 生保(C) |
| (ふりがな) こどもの名 | 生年月日: 年 月 日・第 子) | | | |

| 利用月日 | 利用区分と時間 | ケア内容 (※実施したケア内容番号にチェック) | 母子手帳記載 | サイン | |
|------------------------|---|----------------------------|--------|-----|-----|
| | | | | 事業者 | 利用者 |
| | □宿泊□通所□通所(短)□訪問 : ~ : □① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪ (| | □済 | | |
| | □宿泊□通所□通所(短)□訪問 : ~ : □① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪ (| | □済 | | |
| | □宿泊□通所□通所(短)□訪問 : ~ : □① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪ (| | □済 | | |
| | □宿泊□通所□通所(短)□訪問 : ~ : □① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪ (| | □済 | | |
| | □宿泊□通所□通所(短)□訪問 : ~ : □① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪ (| | □済 | | |
| | □宿泊□通所□通所(短)□訪問 : ~ : □① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪ (| | □済 | | |
| | □宿泊□通所□通所(短)□訪問 : ~ : □① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪ (| | □済 | | |
| | □宿泊□通所□通所(短)□訪問 : ~ : □① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪ (| | □済 | | |
| 【ケア内容番号】 | | ⑥乳児の発育及び発達に関する相談支援及び指導 | | | |
| ①母体の管理及び生活面に係る指導 | | ⑦乳児の体重及び排せつの観察 | | | |
| ②乳房のケア又は乳房トラブルに関する相談支援 | | ⑧乳児のスキンケアに関する相談支援 | | | |
| ③授乳方法の指導 | | ⑨産婦の不安等に関する相談支援 | | | |
| ④離乳食に関する相談支援 | | ⑩在宅での子育てに関する相談支援及び指導 | | | |
| ⑤乳児の沐浴方法の指導 | | ⑪その他必要な保健指導(内容を記入) | | | |

助産師等指導の実施結果・所見

育児支援者: 無 有⇒ (□夫・パートナー □実父母 □義父母 □その他 ())

エジンバラ: 未実施□実施□他機関実施: _____点 (/)

ボンディング: 未実施□実施□他機関実施: _____点 (/)

中間市への引継ぎ事項

継続支援必要
 (該当する項目にチェック) ⇒ 発育・発達 育児支援者不足 育児不安 養育態度 訴えが多い その他 ()

至急連絡済 ⇒ (報告日時: 月 日 時 分: 課 様宛)

継続支援不要

※サービス終了後、すみやかに作成してください。

※エジンバラ・ボンディングを実施した場合は、原本を添付してください。