

様式第6号（第9条関係）

産後ケア事業利用報告書

年 月 日

朝来市長 様

事業所名：

下記利用者に対し、産後ケア事業を実施しましたので報告します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
利用者氏名		生年月日	年 月 日 (月齢 箇月)
乳児氏名		生年月日	年 月 日 (月齢 箇月)
利用者住所	〒 朝来市 電話： 自宅・携帯 ()		
種別	利用日		委託料 (請求額)
☐ 宿泊型	年 月 日から 年 月 日 (泊 日)	円× 日間 請求額 円	
☐ 通所型	年 月 日 () : ~ :	円× 日 (回)	
	年 月 日 () : ~ :	円× 日 (回)	
	年 月 日 () : ~ :	請求額 円	
	(計 回)		
☐ 訪問型	年 月 日 () : ~ :	円× 日 (回)	
	年 月 日 () : ~ :	円× 日 (回)	
	年 月 日 () : ~ :	請求額 円	
	(計 回)		
実施内容	①産婦の保健指導・栄養指導 ☐ 体調管理 (内容:) ☐ 栄養指導 (内容:) ②産婦への心理的ケア (内容:) ③適切な授乳ができるためのケア (乳房ケア含む) ☐ 乳房ケア ☐ 授乳相談 ☐ その他 () ④育児手技についての具体的な指導及び相談 ☐ 離乳食相談 ☐ 育児相談 ☐ 沐浴指導 ☐ その他 () ☐ その他: 本事業の対象 () ☐ その他: オプション ()		
産婦の状況	血圧: / mmHg E P D S : 点 ※実施した場合記載 睡眠: ☐ 良 ☐ 不良 体調: ☐ 良 ☐ 不良 乳房の状態: 育児の協力者: 無 ・ 有 () 特記事項:		
児の状況	体重: g (1日体重増加 g) 栄養: ☐ 母乳 回/日 ☐ 人工乳 cc× 回/日 発達状況: 特記事項:		
実施結果	産後ケア事業で継続支援の必要性 ☐ 無 ☐ 有 ()		
市での支援の必要性 ※支援が必要な場合は、速やかに連絡ください。	☐ 支援不要 ☐ 要支援 ⇒ ☐ 連絡済 (/) 【連絡方法】 ☐ 養育支援ネット ☐ 電話・メール		

担当者：

連絡先 (電話)：

(裏)

要支援加算該当者の利用状況報告書

種別 利用日	☐ 宿泊型	年 月 日 ～ 年 月 日 (泊 日)
	☐ 通所型	年 月 日 : ～ : (時間)
	☐ 訪問型	年 月 日 : ～ : (時間)
①アセスメント		☐ 添付のアセスメントシート (/) のとおり
②ケアプラン		
③実施・評価		
④市への連絡		☐ 市への連絡済み (/)

種別 利用日	☐ 宿泊型	年 月 日 ～ 年 月 日 (泊 日)
	☐ 通所型	年 月 日 : ～ : (時間)
	☐ 訪問型	年 月 日 : ～ : (時間)
①アセスメント		☐ 添付のアセスメントシート (/) のとおり
②ケアプラン		
③実施・評価		
④市への連絡		☐ 市への連絡済み (/)