

産後ケア事業利用報告書

年 月 日

朝来市長 様

事業所名：
 担当者：
 電話番号：

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		
□ 宿泊型	年 月 日から	年 月 日 (泊 日)	
	年 月 日から	年 月 日 (泊 日)	
	年 月 日から	年 月 日 (泊 日)	
□ 通所型	年 月 日 () : ~ :	(時間)	
	年 月 日 () : ~ :	(時間)	
	年 月 日 () : ~ :	(時間)	
	年 月 日 () : ~ :	(時間)	(計 回)
□ 訪問型	年 月 日 () : ~ :	(時間)	
	年 月 日 () : ~ :	(時間)	
	年 月 日 () : ~ :	(時間)	
	年 月 日 () : ~ :	(時間)	(計 回)
要支援加算	□有 ⇒ 有の場合、裏面の記入もお願いします。(※市から依頼があった場合のみ加算対象)		
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	体調：□良 □不良 (身体面： 精神面：) 睡眠：□良 □不良 EPDS： 点 (項目⑩ 点) ※実施した場合記載 乳房の状態： 育児の協力者： 無 ・ 有 () 特記事項： □別添記録添付あり		
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： □別添記録添付あり		
実施結果 (問題解決状況等)	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、速やかにご連絡ください。	□フォロー不要 □要フォロー ⇒ □連絡済 (/) 【連絡方法】 □養育支援ネット □電話 (朝来市子育て支援課 電話 079-666-8103)		

(裏)

要支援加算該当者の利用状況報告書

種別 利用日	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊日)
	<input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日 : ~ : (時間)
	<input type="checkbox"/> 訪問型	年 月 日 : ~ : (時間)
①アセスメント	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 市への連絡済み (/)	

種別 利用日	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊日)
	<input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日 : ~ : (時間)
	<input type="checkbox"/> 訪問型	年 月 日 : ~ : (時間)
①アセスメント	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 市への連絡済み (/)	