

水巻町産後ケア事業実施結果報告書

年 月 日

水巻町長 宛

事業所名

住所

連絡先

(担当者名)

水巻町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) ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ()	母子手帳記載 <input type="checkbox"/> 済	サイン	
				事業者	利用者
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短) <input type="checkbox"/> 訪問	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ()	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短) <input type="checkbox"/> 訪問	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ()	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短) <input type="checkbox"/> 訪問	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ()	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短) <input type="checkbox"/> 訪問	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ()	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短) <input type="checkbox"/> 訪問	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ()	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短) <input type="checkbox"/> 訪問	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ()	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短) <input type="checkbox"/> 訪問	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ()	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短) <input type="checkbox"/> 訪問	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ()	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> その他 ()) エジンバラ: <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 他機関実施: 点 (/) ボンディング: <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 他機関実施: 点 (/)

水巻町への引継ぎ事項

<input type="checkbox"/> 継続支援必要 (該当する項目にチェック) ⇒ <input type="checkbox"/> 発育・発達 <input type="checkbox"/> 育児支援者不足 <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 養育態度 <input type="checkbox"/> 訴えが多い <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 至急連絡済 ⇒ 報告日時: 月 日 時 分: 課 様宛)
<input type="checkbox"/> 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。