

様式第4号（第10条関係）

菊川市産後ケア事業実施結果報告書

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

実施機関 所在地
 名称
 代表者
 電話番号 ()

産後ケア事業を実施したので、次のとおり報告します。

| | | | | | | |
|---|--|----------------|------------------------------------|-------------|-------------|-----------|
| 利用者氏名 (生年月日) | (年 月 日) | 子の氏名 (生年月日) | (年 月 日) | | | |
| 住所 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ()人 | <input type="checkbox"/> 市町民税課税世帯 | | <input type="checkbox"/> 市町民税非課税世帯 | | | |
| 利用日 | 利用時間 | | 利用種別に○印を記入してください | | | |
| | 開始時間 | 終了時間 | 短期 入所型 | 通所型 (1日) | 通所型 (半日) | 居宅 訪問型 |
| 月 日 () ~ 月 日 () | : | : | | | | |
| 月 日 () ~ 月 日 () | : | : | | | | |
| 月 日 () ~ 月 日 () | : | : | | | | |
| 利用日数 (回数) | | | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 助産師指導内容 実施結果・所見 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 産後の母体の健康管理や生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理指導 <input type="checkbox"/> 沐浴や授乳等の指導 <input type="checkbox"/> 乳児の発育・発達に関すること <input type="checkbox"/> その他必要とする保健指導 | | 助言内容： | | | | |
| 利用時の 母子の様子 | | | | | | |
| 継続支援の 必要 | <input type="checkbox"/> なし/ <input type="checkbox"/> あり → 継続支援実施者： <input type="checkbox"/> 施設/ <input type="checkbox"/> 市町/ <input type="checkbox"/> その他 () 判断の理由： | | | | | |
| 記録者： | | | | | | |