

年 月 日

名護市長 様

事業所 所在地  
名 称  
代表者

印

下記のとおり、産後ケア事業を実施したので報告します。

利用者氏名		利用者生年月日	年 月 日生 ( 歳 )
児の氏名		児の生年月日	年 月 日生 ( か月 日 )
利用者住所	名護市 <small>※利用者の住所が分かる身分証確認 □済み</small>		
利用日	年 月 日～ 年 月 日		
利用サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所型 ( 6時間・3時間・1時間 ) 通所型の内容 ( 個別型・集団型 ) <input type="checkbox"/> 訪問型		
利用回数	回目	※白の利用券の世帯区分 ( 課税 ・ その他 )	※ピンクの利用券 ( 有 ・ 無 ) 宿泊型利用者料金免除 ( 有 ・ 無 )
児の体重	出生時: g	利用時: g	
児の栄養	母乳: 回/日	人工乳: ml× 回/日	離乳食: 回食
栄養状態	体重 g/日増加又はカウプ指数:		良 ・ 要指導 ( )
産婦の血圧	/ mmHg		
保健指導の内容	1. 産婦の母体管理及び生活面の指導 ( 家族計画 ・ 血圧手帳配布 ・ 健診案内 ) 2. 精神的支援 3. 乳房ケア 4. 沐浴、授乳等の育児指導 5. 乳児の発育、発達等の確認及び栄養 ( 離乳食 ) ・ 育児方法の指導 6. その他必要な保健指導及び育児方法の指導 ( )		
助産師等の実施結果・所見	記入者: _____		
今後の支援方針	<input type="checkbox"/> 要 → 支援方法: 1. 産後ケア ( 次回予約 有 / ・ 未定 ) 2. 市の定例相談 3. 訪問依頼 4. その他 ( ) 支援内容: ( ) <input type="checkbox"/> 不要		
市への連絡事項			

※キャンセルは、市への連絡事項に日時と理由を記載