

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 <input type="checkbox"/> 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	<p style="text-align: right;">記入者: _____</p>		
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