

利用券貼付

様式 1

名護市産後ケア事業実施報告書（個票）

年 月 日

所在地

名称

代表者

名護市長 様

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 ※利用者の住所が分かる身分証確認 <input type="checkbox"/> 済み		
利用日	年 月 日～ 年 月 日		
利用サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 夜間職員2名体制 <input type="checkbox"/> 通所型（6時間・3時間・1時間）（個別・集団） <input type="checkbox"/> 兄弟の受け入れ（ 人） <input type="checkbox"/> 訪問型（きょうだい名： ）		
利用回数	回目	※利用券の世帯区分 （ 課税 ・ その他 ）	産婦の血圧 / mmHg
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（ ）	
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			