

名護市産後ケア事業実施報告書

年 月 日

名護市長 様

所在地
名称
代表者

⑨

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 | ※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