

飯塚市・嘉麻市・桂川町産後ケア事業実施結果報告書

年 月 日

飯塚市長・嘉麻市長・桂川町長 様

事業所名 _____
 住所 _____
 連絡先 _____ (担当者名 _____)

産後ケア事業として、下記のケアを実施しましたので報告します。

(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日 歳	多胎利用	<input type="checkbox"/> 有 (加算: 人※) <input type="checkbox"/> 無 ※例 双子の場合「1人」
住所	福岡県	(連絡先)	世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税(A) <input type="checkbox"/> 非課税(B) 生保(C)
(ふりがな) こどもの名	(生年月日: 年 月 日 ・ 第 子)			

利用月日	利用区分と時間	ケア内容 (※実施したケア内容番号にチェック)	母子手帳記載	課税世帯の場合のみ記入 県補助利用	
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪()	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪()	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪()	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪()	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪()	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪()	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪()	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()回目

【ケア内容番号】

①母体の管理及び生活面に係る指導	⑥乳児の発育及び発達に関する相談支援及び指導
②乳房のケア又は乳房トラブルに関する相談支援	⑦乳児の体重及び排せつの観察
③授乳方法の指導	⑧乳児のスキンケアに関する相談支援
④離乳食に関する相談支援	⑨産婦の不安等に関する相談支援
⑤乳児の沐浴方法の指導	⑩在宅での子育てに関する相談支援及び指導
	⑪その他必要な保健指導(内容を記入)

助産師等指導の実施結果・所見

育児支援者: 無 有 → (□夫・パートナー □実父母 □義父母 □その他 ())

エジンバラ: 未実施 実施 他機関実施: ____点(/) ボンディング: 未実施 実施 他機関実施: ____点(/)

嘉麻市への引継ぎ事項

継続支援必要
 (該当する項目にチェック) → 発育・発達 育児支援者不足 育児不安 養育態度 訴えが多い その他()

至急連絡済 → (報告日時: 月 日 時 分: 課 様宛)

継続支援不要

※サービス終了後、すみやかに作成してください。
 ※エジンバラ・ボンディングを実施した場合は、原本を添付してください。