

様式第3号(第10条関係)

燕市産後ケア事業実施結果報告書

年 月 日

(あて先) 燕市長

委託医療機関等名

代表者名

㊦

次のとおり産後ケア事業を実施したので報告します。

※該当するものに☑してください

利用者	氏名	生年月日			年	月	日生
	住所	燕市					
利用期間	<input type="checkbox"/> 宿泊型 ( _____ 日間)	_____ 年 _____ 月 _____ 日から			_____ 年 _____ 月 _____ 日まで		
	<input type="checkbox"/> デイサービス型 ( _____ 回)	_____ 年 _____ 月 _____ 日	-----		_____ 年 _____ 月 _____ 日	-----	
		_____ 年 _____ 月 _____ 日	-----		_____ 年 _____ 月 _____ 日	-----	
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型 ( _____ 回) ( 新生児訪問と同日実施 _____ 回)	_____ 年 _____ 月 _____ 日	-----		_____ 年 _____ 月 _____ 日	-----	
_____ 年 _____ 月 _____ 日		-----		_____ 年 _____ 月 _____ 日	-----		
実施内容	<input type="checkbox"/> 産婦に対する生活面での指導 <input type="checkbox"/> 産婦の乳房管理 <input type="checkbox"/> 乳房マッサージ <input type="checkbox"/> 手当 <input type="checkbox"/> 乳児の沐浴や授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 授乳方法 <input type="checkbox"/> 発育・発達 <input type="checkbox"/> スキンケア <input type="checkbox"/> 産婦に対する療養上の世話や育児サポート <input type="checkbox"/> その他必要とする保健指導  ( _____ )						
継続支援の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 発育・発達 <input type="checkbox"/> 育児支援者不足 <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 養育態度 <input type="checkbox"/> 訴えが強い <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
医師又は助産師の実施結果・所見	記入者氏名						