

(様式6号)

西脇市産後ケア事業 利用報告書

西脇市長 様

年 月 日
 事業所名 _____
 担当者 _____
 電話番号 _____

下記利用者に対し、産後ケア事業を実施したので、実施結果を報告します。

| | |
|-------|--------------------|
| 発行番号 | |
| 利用者氏名 | 生年月日 年 月 日 |
| 児氏名 | 生年月日 年 月 日 (月齢 ヶ月) |
| 住所 | 電話 |

| 種別 | 利用日・時間 |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 宿泊型 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日) |
| | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日) |
| | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日) |
| <input type="checkbox"/> 通所型 | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| <input type="checkbox"/> 訪問型 | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| 要支援加算 | <input type="checkbox"/> 有 ⇒有の場合、裏面の記入もお願いします(※市から依頼があった場合のみ加算対象) |

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 実施内容 | ①産婦への保健指導・栄養指導 <input type="checkbox"/> 体調管理 (内容:) <input type="checkbox"/> 栄養指導 (内容:) ②産婦への心理的ケア (内容:) ③適切な授乳ができるためのケア(乳房ケア含む) <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> その他 () ④育児の手技についての具体的な指導及び相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他:本事業の対象内容 () <input type="checkbox"/> その他オプション () |
| 産婦の状況 | 体調: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (身体面:) 精神面:) 睡眠: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 EPDS: 点 (項目⑩ 点) ※実施した場合記載 乳房の状態:) 育児の協力者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 特記事項: <input type="checkbox"/> 別添記録添付あり |
| 児の状況 | 体重: g (1日体重増加 g) 栄養: <input type="checkbox"/> 母乳 回 / 日 <input type="checkbox"/> 人工乳 cc × 回 / 日 発達状況:) 特記事項: <input type="checkbox"/> 別添記録添付あり |
| 実施結果 (課題解決状況等) | 産後ケア事業で継続支援の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () |
| 市への引継ぎ事項 ※フォローが必要な場合は、速やかに連絡ください | <input type="checkbox"/> フォロー不要 <input type="checkbox"/> 要フォロー ⇒ <input type="checkbox"/> 連絡済 (/) ※連絡方法をチェックしてください 【連絡方法】 <input type="checkbox"/> 養育支援ネット <input type="checkbox"/> 西脇市はびいくサポートセンター 電話番号:0795-22-3111(内線1154、1155) |

要支援加算該当者の利用状況報告書

※要支援加算該当者については、利用1回ごとに西脇市に利用状況の報告をお願いします。

| | | |
|-----------|--------------------------------------------------|-----------------------------|
| 種別 利用日 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (泊 日) |
| | <input type="checkbox"/> 通所型 | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| | <input type="checkbox"/> 訪問型 | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| ①アセスメント | <input type="checkbox"/> 別添のアセスメントシート (/) のとおり | |
| ②ケアプラン | | |
| ③実施・評価 | | |
| ④市町への連絡 | <input type="checkbox"/> 市町への連絡済み (/) | |

| | | |
|-----------|--------------------------------------------------|-----------------------------|
| 種別 利用日 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (泊 日) |
| | <input type="checkbox"/> 通所型 | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| | <input type="checkbox"/> 訪問型 | 令和 年 月 日 : ~ : (時間) |
| ①アセスメント | <input type="checkbox"/> 別添のアセスメントシート (/) のとおり | |
| ②ケアプラン | | |
| ③実施・評価 | | |
| ④市町への連絡 | <input type="checkbox"/> 市町への連絡済み (/) | |