

(様式6号)

小野市産後ケア事業 利用報告書

小野市長 様

年 月 日

事業所名

担当者

連絡先(電話)

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		児氏名	(月齢 か月)
利用者氏名		児氏名	(月齢 か月)
住所	〒675-13 小野市 (電話)		
※委託料(基本額+加算)			
種別	利用日		委託料=請求額
☐ 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日) 年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 月)		1日あたりの委託料 円 × 日間 請求額 円
☐ 日帰り型	年 月 日 : ~ : (時間) 年 月 日 : ~ : (時間) 年 月 日 : ~ : (時間)		1時間あたりの委託料 円 × 時間 請求額 円
☐ アウト リーチ型	年 月 日 : ~ : (時間) 年 月 日 : ~ : (時間) 年 月 日 : ~ : (時間)		1時間あたりの委託料 円 × 時間 請求額 円
			合計額 円
実施内容	①産婦への保健指導・栄養指導 ☐ 体調管理 (内容:) ☐ 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) ☐ 乳房ケア ☐ 授乳相談 ☐ その他 () ④育児の手技についての具体的な指導及び相談 ☐ 離乳食相談 ☐ 育児相談 ☐ 沐浴指導 ☐ その他 () ☐ その他:本事業の対象内容 () ☐ その他オプション ()		
産婦の 状況	血圧: / mmHg EPDS: 点 (実施した場合記載) 睡眠: ☐ 良 ☐ 不良 睡眠: 時間 体調: ☐ 良 ☐ 不良 乳房の状態: 育児の協力者: ☐ 無 ☐ 有 () 特記事項: ☐ 別添記録添付あり		
児の 状況	体重: g (1日体重増加 g) 栄養: ☐ 母乳 回 / 日 ☐ 人工乳 cc × 回 / 日 発達状況: 特記事項: ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有 ()		
行政での支援の必要 性※支援が必要な場合 は、速やかに連絡くだ さい	☐ 支援不要 ☐ 要支援 ⇒ ☐ 連絡済 (/) ※連絡方法をチェックしてください 【連絡方法】 ☐ 養育支援ネット ☐ 市健康増進課 (0794-63-3977)		

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回ごとに小野市に利用状況の報告をお願いします。

種別 利用日	☐ 宿泊型	年 月 日 ～ 年 月 日 (泊 日)
	☐ 日帰り型	年 月 日 : ～ : (時間)
	☐ アウトリーチ型	年 月 日 : ～ : (時間)
①アセスメント		☐ 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市への連絡		☐ 市健康増進課への連絡済み(/)

種別 利用日	☐ 宿泊型	年 月 日 ～ 年 月 日 (泊 日)
	☐ 日帰り型	年 月 日 : ～ : (時間)
	☐ アウトリーチ型	年 月 日 : ～ : (時間)
①アセスメント		☐ 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市への連絡		☐ 市健康増進課への連絡済み(/)