|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産後ケア事業実施報告書  様式第6号（第8条関係） | | | | | | | | | |
| 児の氏名 | | |  | 性別 |  | | 年　　　月　 　日生 | | |
| 母の氏名 | | |  | 生年月日 | | | 年　　月　　日生（　　　歳） | | |
| （　　　）回目利用　　　利用場所　:　自宅　・　自宅以外（　　　　　　）　助産院　・　医療機関 | | | | | | | | 利用型 | □訪問型 |
| 利 用 日 | | 令和　　　年　　　月　　　日　　　　生後　　か月　　日 | | | | | | □通所型 |
| 利用時間 | | ：　　　　　～　　　　　： | | | | | | □宿泊型 |
| 児の発育発達状況等 | **＜身体計測＞**  **体重：　　　　ｇ（　/ 　～　　　g/日ずつ増加）**  **※□成長曲線に沿っている**  **＜皮膚＞**  **＜排泄＞尿： 回/日　・　便：　　　回/日**  **＜発達・その他＞** | | | 【時間】　　　　　　　【ケア内容】  　　　　（母親）　　　　（児）  □良好  □要経過観察  □要フォロー  （　　　　）  □良好  □要経過観察  □要フォロー  （　　　　）  □良好  □要経過観察  □要フォロー  （　　　　）  □良好  □要経過観察  □要フォロー  （　　　　） | | | | | |
| 乳房・授乳状況 | **母乳・人工・混合**  **母乳　　　　回　　　　ミルク　　　cc×　　　　回** | | |
|  | | |
| 母の健康状態 | **＜身体面＞**  **＜心理面＞**  **エジンバラ　　　点/あかちゃんへの気持ち　　　点** | | |
| 育児／サポート | **＜母親＞**  **＜夫・家族＞** | | |
| その他 |  | | |
| アセスメント | **フォロー：否・要（　　　　　　　　　　　　）** | | | 次回のプラン | | **□　　/　　　産後ケア継続　　　回目**  **□　家事育児サポート紹介**  **□　乳幼児相談（　　/ 紹介・来所予定）**  **□　はじめての子育て講座紹介**  **□　赤ちゃんルーム・支援センター紹介**  **□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | |
| 市（担当保健師）への連絡事項 | | | | | | | | | |
| 産後ケア実施者 | | | | | | | | | |