様式第5号（第7条関係）

出雲市産後ケア事業　ケア内容確認票

日　時：　　　　年　　　月　　　日（　　）　　：　　～　　：

お母さんの氏名：

お子さんの呼び名： 　　　　　　　　担当：

|  |  |
| --- | --- |
| 相談したい内容 | 今日の希望するケア内容 |
| ※当てはまるものに☑をしてください  ☆授乳に関すること  　□直接授乳がうまくいかない  　□母乳分泌が心配  　□ミルク量が知りたい  □搾乳について  □乳房のしこりや痛みなどトラブル  　□乳首の傷や痛みなど乳頭トラブル  □その他（　　　　　　　　　　）  ☆お母さんのこと  　□身体の調子が悪い（　　　　　　）  　□眠れない  　□食事が食べられない  □気持ちがイライラする  　□涙が出る  　□家族の協力が少ない  　□その他（　　　　　　　　　　　）  ☆お子さんのこと  　□体重が増えているか心配  　□泣きの理由がわからない  　□あやし方を知りたい  　□かわいく思えないことがある  　□お風呂の入れ方を知りたい  　□その他（　　　　　　　　　　　）  ☆その他 | * 授乳のアドバイス * 搾乳のアドバイス   □トラブルの対処法  　※産後ケア事業での乳房マッサージは  　　行いません。   * お母さんの休息のサポート * お母さんの体調や生活の相談 * 子育て・心配事の相談 * お子さんの身体計測や健康状態の確認 * あやし方・お世話の仕方 * 沐浴や入浴の仕方 * その他 |