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
 |