

垂水市産後ケア事業結果報告書

産後ケア実施結果	利用者氏名		続柄		母子健康手帳番号				
	利用者氏名（子）		退院時体重		g				
	①実施したケアの種類・期間及び施設								
	種類	期間				備考			
	<input type="checkbox"/> 短期入所型	年	月	日	～	年	月	日	(日)
	<input type="checkbox"/> 通所型	年	月	日	～	年	月	日	(回)
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型	年	月	日	～	年	月	日	(回)
	②ケア内容								
	※特に支援を行った項目にチェック <input type="checkbox"/> 産婦の身体的ケア <input type="checkbox"/> 育児手技 <input type="checkbox"/> 産婦の心理的ケア <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 保健指導・栄養指導 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> その他の必要な指導					<具体的な支援内容等>			
	③ケア後の利用者の状況等（事業活用前後の変化等）								
※特に支援を行った項目にチェック <input type="checkbox"/> 身体の状態 <input type="checkbox"/> 精神の状態 <input type="checkbox"/> 育児への不安 <input type="checkbox"/> 家族の状態					<具体的な変化の状況等>				
④その他									
退所後の居住地（宿泊型利用の場合）									
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
利用料（自己負担額）			円 × 日（回）＝						
伝達事項	①実施結果を踏まえた、今後「特に必要」と考える支援								
	継続支援（有・無）								
②その他留意事項									
上記のとおり、産後ケアの実施結果を報告します。									
垂水市長 殿									
年 月 日									
産後ケアセンター 問合せ先	医療機関等名			担当					
	連絡先			mail					