

飯塚市・嘉麻市・桂川町産後ケア事業実施結果報告書

年 月 日

飯塚市長・嘉麻市長・桂川町長 様

事業所名 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_ (担当者名 \_\_\_\_\_)

産後ケア事業として、下記のケアを実施しましたので報告します。

氏名 (ふりがな)	生年月日	年 月 日 歳	多胎利用	<input type="checkbox"/> 有 (加算: 人※) <input type="checkbox"/> 無 ※例 双子の場合「1人」
住所	福岡県 (連絡先 _____)		世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税(A) <input type="checkbox"/> 非課税(B) 生保(C)
子どもの名 (ふりがな)	(生年月日: 年 月 日 ・ 第 子)			

利用月日	利用区分と時間	ケア内容 (※実施したケア内容番号にチェック)	母子手帳記載	課税世帯の場合のみ記入 県補助利用		
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 ( : ~ : )	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪( )	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( ) 回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 ( : ~ : )	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪( )	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( ) 回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 ( : ~ : )	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪( )	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( ) 回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 ( : ~ : )	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪( )	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( ) 回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 ( : ~ : )	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪( )	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( ) 回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 ( : ~ : )	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪( )	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( ) 回目
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 ( : ~ : )	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪( )	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( ) 回目

- 【ケア内容番号】
- ① 母体の管理及び生活面に係る指導
  - ② 乳房のケア又は乳房トラブルに関する相談支援
  - ③ 授乳方法の指導
  - ④ 離乳食に関する相談支援
  - ⑤ 乳児の沐浴方法の指導
  - ⑥ 乳児の発育及び発達に関する相談支援及び指導
  - ⑦ 乳児の体重及び排せつの観察
  - ⑧ 乳児のスキンケアに関する相談支援
  - ⑨ 産婦の不安等に関する相談支援
  - ⑩ 在宅での子育てに関する相談支援及び指導
  - ⑪ その他必要な保健指導(内容を記入)

助産師等指導の実施結果・所見

育児支援者:  無  有 (  夫・パートナー  実父母  義父母  その他 ( ) )

エジンバラ:  未実施  実施  他機関実施: \_\_\_\_点( / )      ボンディング:  未実施  実施  他機関実施: \_\_\_\_点( / )

嘉麻市への引継ぎ事項

継続支援必要  
 (該当する項目にチェック) ➡  発育・発達  育児支援者不足  育児不安  養育態度  訴えが多い  その他( )

至急連絡済 ➡ (報告日時: 月 日 時 分: 課 様宛)

継続支援不要

※サービス終了後、すみやかに作成してください。  
 ※エジンバラ・ボンディングを実施した場合は、原本を添付してください。