様式第４号（第９条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

中山町長　様

中山町産後ケア事業実施報告書（令和　　年　　月）

このことについて、下記のとおり産後ケア事業を実施したので報告します。

記

　　　　　　　　　　　［　宿泊型（ショートステイ）　・　日帰り型（デイケア）　・　訪問型　］

|  |  |
| --- | --- |
| 承認番号 |  |
| 利用者氏名 |  | 世帯区分 | □Ⅰ 町民税課税世帯□Ⅱ 町民税非課税世帯□Ⅲ 生活保護世帯 |
| 利用者生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 利用サービス | 利用期間 |
| □宿泊型（ショートステイ） | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　泊　　日） |
| □日帰り型（デイケア） | ①　　　　年　　月　　日　　　　　⑤　　　　年　　月　　日②　　　　年　　月　　日　　　　　⑥　　　　年　　月　　日③　　　　年　　月　　日　　　　　⑦　　　　年　　月　　日④　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　 （　　　日） |
| □訪問型 | ①　　　　年　　月　　日　　　　　③　　　　年　　月　　日②　　　　年　　月　　日　　　 |
| 主訴 |  |
| 保健指導の内容（該当するものに☑してください。） | □母親の健康管理及び生活面の指導□乳房ケアや授乳方法の指導□乳児の沐浴、発育・発達のチェック、体重・排泄、栄養のチェック、スキンケア等の育児方法の指導（体重　　　　　　ｇ：　　月　　日～　　ｇ／日増加）□育児相談□その他必要とする保健指導（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施結果・所見 |  |
| 町への連絡事項　※ヒヤリハットがありましたら記載ください□フォロー不要□フォロー必要　⇒　□実施機関での継続支援　□町からの支援※該当するものに丸をつけてください　発育発達　・　訴えが多い　・　不安が強い　・　養育態度　・　養育環境　・　理解力不安　　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施機関名　　　　担当者名　　　　　　 |

※この様式は、利用者ごとに、月ごとに作成し、提出してください。