

(様式5号)

## 加古川市 産後ケア事業 利用報告書

加古川市長 様

令和 年 月 日

事業所名

担当者

電話番号

下記利用者に対し、産後ケア事業を実施したので、実施結果を報告します。

発行番号	
利用者氏名	生年月日 年 月 日
児氏名	生年月日 年 月 日 (月齢 ヶ月)
住所	電話

種別	利用日・時間
<input type="checkbox"/> 宿泊型	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)
<input type="checkbox"/> 通所型	令和 年 月 日 : ~ : (時間)
	令和 年 月 日 : ~ : (時間)
	令和 年 月 日 : ~ : (時間)
<input type="checkbox"/> 訪問型	令和 年 月 日 : ~ : (時間)
	令和 年 月 日 : ~ : (時間)
	令和 年 月 日 : ~ : (時間)
要支援加算	<input type="checkbox"/> 有 ⇒有の場合、裏面の記入もお願いします(※市から依頼があった場合のみ加算対象)

実施内容	①産婦への保健指導・栄養指導 <input type="checkbox"/> 体調管理 (内容: ) <input type="checkbox"/> 栄養指導 (内容: )
	②産婦への心理的ケア (内容: )
	③適切な授乳ができるためのケア(乳房ケア含む) <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	④育児の手技についての具体的な指導及び相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> その他:本事業の対象内容 ( ) <input type="checkbox"/> その他オプション ( )

産婦の状況	体調: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (身体面: ) 精神面: )
	睡眠: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 EPDS: 点 (項目⑩ 点) ※実施した場合記載
	乳房の状態:
	育児の協力者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 特記事項: <input type="checkbox"/> 別添記録添付あり

児の状況	体重: g (1日体重増加 g)
	栄養: <input type="checkbox"/> 母乳 回 / 日 <input type="checkbox"/> 人工乳 cc × 回 / 日
	発達状況: 特記事項: <input type="checkbox"/> 別添記録添付あり

実施結果 (課題解決状況等)	産後ケア事業で継続支援の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
-------------------	--

市への引継ぎ事項 ※フォローが必要な場合は、速やかに連絡ください	<input type="checkbox"/> フォロー不要 <input type="checkbox"/> 要フォロー ⇒ <input type="checkbox"/> 連絡済 ( / ) ※連絡方法をチェックしてください 【連絡方法】 <input type="checkbox"/> 養育支援ネット <input type="checkbox"/> 電話(加古川市役所 育児保健課 電話番号: 079-427-9325 )
-------------------------------------	--

## 要支援加算該当者の利用状況報告書

※要支援加算該当者については、利用1回ごとに加古川市に利用状況の報告をお願いします。

種別 利用日	<input type="checkbox"/> 宿泊型	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 泊 日 )
	<input type="checkbox"/> 通所型	令和 年 月 日 : ~ : ( 時間 )
	<input type="checkbox"/> 訪問型	令和 年 月 日 : ~ : ( 時間 )
①アセスメント	<input type="checkbox"/> 別添のアセスメントシート ( / ) のとおり	
②ケアプラン		
③実施・評価		
④市への連絡	<input type="checkbox"/> 市への連絡済み ( / )	

種別 利用日	<input type="checkbox"/> 宿泊型	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 泊 日 )
	<input type="checkbox"/> 通所型	令和 年 月 日 : ~ : ( 時間 )
	<input type="checkbox"/> 訪問型	令和 年 月 日 : ~ : ( 時間 )
①アセスメント	<input type="checkbox"/> 別添のアセスメントシート ( / ) のとおり	
②ケアプラン		
③実施・評価		
④市への連絡	<input type="checkbox"/> 市への連絡済み ( / )	