

## 産後ケア事業 利用状況報告書・内訳書

## 1 実施機関について

|                                         |                                                                                    |      |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 実施機関                                    | 名称                                                                                 | 担当者: |
|                                         | 所在地                                                                                | 連絡先: |
| 該当に <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 所在地の県市町村において、産後ケア事業実施機関として承認または委託を受けている → 受けている行政名: _____ |      |

内容により、上記連絡先に確認の連絡をさせていただく場合がありますので、ご了承ください

## 2 利用者について

|      |                             |      |  |
|------|-----------------------------|------|--|
| 利用者名 |                             | 生年月日 |  |
| 利用児名 | <input type="checkbox"/> 多胎 | 生年月日 |  |

### 3 産後ケア事業利用報告内容

記入及び該当に☒を入れてください

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                     |      |   |       |    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|-------|----|
| 利用日時                                    | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                               | 利用時間 | : | ～     | :  |
| 利用区分                                    | <input type="checkbox"/> 宿泊型（ 月 日～ 月 日） <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型                                                                                                                                                   |      |   |       |    |
| 実施内容<br><br><small>①～④の内容が本事業対象</small> | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                 |      |   | 実施の有無 | 金額 |
|                                         | ①産婦への保健指導・栄養指導<br><input type="checkbox"/> 体調管理（ ） <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<br><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<br><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（ ）                                                                                                 |      |   |       |    |
|                                         | □その他:本事業の対象内容（ ）                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |       |    |
|                                         | □その他オプション（ ）                                                                                                                                                                                                                                        |      |   |       |    |
| 産婦の状況                                   | 血圧: EPDS(実施した場合): 点<br>睡眠: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 睡眠 時間 体調: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良<br>乳房の状態:<br>育児の協力者: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）<br>特記事項: □別添記録あり |      |   |       |    |
| 児の状況                                    | 体重: g (1日体重増加 g )<br>栄養: <input type="checkbox"/> 母乳 回/日 <input type="checkbox"/> 人工乳 cc× 回/日<br>発達状況:<br>特記事項: □別添記録あり                                                                                                                             |      |   |       |    |
| 実施結果                                    | 産後ケア事業で継続支援の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                             |      |   |       |    |
| 市行政での支援の必要性                             | <input type="checkbox"/> 支援不要<br><input type="checkbox"/> 要支援 ⇒ 連絡済( / )                                                                                                                                                                            |      |   |       |    |

上記内容を全てご記入ください  
利用料は全額自己負担を徴収の上、記入した本用紙を利用者の方へお渡しく下さい

産後ケア事業 利用状況報告書・内訳書

1 実施機関について

|                                         |                                                                                   |      |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|
| 実施機関                                    | 名称                                                                                | 担当者: |
|                                         | 所在地                                                                               |      |
| 該当に <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 所在地の県市町村において、産後ケア事業実施機関として承認または委託を受けている →受けている行政名: _____ |      |

2 利用者について

|      |                             |
|------|-----------------------------|
| 利用者名 | 生年月日                        |
| 利用児名 | <input type="checkbox"/> 多胎 |

3 産後ケア事業利用報告内容

|                 |                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| 利用日時            | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                   | 利用時間  | : ~ :   |
| 利用区分            | <input type="checkbox"/> 宿泊型 ( 月 日 ~ 月 日 ) <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型                                                                                                                                    |       |         |
| 実施内容            | 内 容                                                                                                                                                                                                                                     | 実施の有無 | 金額      |
|                 | ①産婦への保健指導・栄養指導<br><input checked="" type="checkbox"/> 体調管理 ( ) <input type="checkbox"/> 栄養指導 (内容 )                                                                                                                                      | ○     | 1,000 円 |
|                 | 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                              | ○     | 5,000 円 |
|                 | ④育児の手技についての具体的な指導及び相談<br><input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input checked="" 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 ( )                                                                                                                                                                                               |       |         |
| 産婦の             | <input checked="" type="checkbox"/> その他オプション ( エステ ) ○ 10,000 円                                                                                                                                                                         |       |         |
| 産婦の             | 血圧: _____ EPDS(実施した場合): _____ 点<br>睡眠: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 睡眠 時間 体調: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良<br>1日体重増加 _____ g )<br><input type="checkbox"/> 人工乳 _____ cc × _____ 回/日 |       |         |
| 実施結果            | 産後ケア事業で継続支援の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                 |       |         |
| 市行政での<br>支援の必要性 | <input type="checkbox"/> 支援不要<br><input type="checkbox"/> 要支援 ⇒ 連絡済( / )                                                                                                                                                                |       |         |

上記内容を全てご記入ください  
利用料は全額自己負担を徴収の上、記入した本用紙を利用者の方へお渡しください