様式第４号（第９条関係）

河北町産後ケア事業実施報告書（　　年　　月）

　　　　　　　　　　　　　　［　短期入所　・　通所　・　居宅訪問　］

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 世帯区分 | □Ⅰ 町民税課税世帯  □Ⅱ 町民非課税世帯  □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 | | |
| □短期入所 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　泊　　日） | | |
| □通所 | 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） | | |
| □居宅訪問 | 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　⇒　□事業所での継続支援　□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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名    担当者名 | | | |

※この様式は、月ごとに作成し、提出してください。