

堺市産後ケア事業実施報告書

堺市長 殿

事業者（所在地）
 （名称）
 （代表者氏名）

堺市産後ケア事業を実施しましたので、次のとおりその結果を報告いたします。

利用者氏名 (母)	様	居住区	区	宿泊型		デイサービス型	
				利用日数	() 泊	利用日数	() 日間

	サービス 内容	利用日	利用時間	母へのケア					乳児のケア				減額利用	利用者サイン	備考	
				母の心身の ケア	保健指導 母への	乳房手当	授乳指導	家族計画につ いての相談	沐浴指導	相談や指導 在宅での育児	発達チエック 児の発育・	スキんケア 児の保清援助				
1	宿・デ	年 月 日	日 時 分～ 日 時 分													
2	宿・デ	年 月 日	日 時 分～ 日 時 分													
3	宿・デ	年 月 日	日 時 分～ 日 時 分													
4	宿・デ	年 月 日	日 時 分～ 日 時 分													
5	宿・デ	年 月 日	日 時 分～ 日 時 分													
6	宿・デ	年 月 日	日 時 分～ 日 時 分													
7	宿・デ	年 月 日	日 時 分～ 日 時 分													

- 1 利用日とは、事業の利用を開始した時刻の属する日とします。
- 2 宿泊型の利用に当たっては、午前10時を始期とした24時間を1日として取り扱います。利用時間は、24時間制で記入してください。
- 3 デイサービス型の利用に当たっては、午前10時を始期とした9時間を1日として取り扱います。

※利用終了時に、在宅での継続支援を急ぐ必要がある場合は子育て支援課に電話連絡をお願いします。

制度に関することは、子ども育成課まで連絡をお願いします。

利用者氏名	様
-------	---

乳児について		母について	
栄養方法 (母 混 ミ)	母乳 () 回/日	育児疲れ	あり ・ なし
	ミルク () ml × () 回/日	育児不安	大きい ・ 少しあり ・ なし
体 重	() g	精神的不安定	大きい ・ 少しあり ・ なし
身 長	() c m	E P D S	点
機 嫌	良 ・ 不良	育児技術等	良好 あり ()
その他 特記事項	なし あり ()	家族協力等	良好 あり ()
		その他 特記事項	なし あり ()

市への 引継事項	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 継続支援が必要 <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">()</div>
	担当者氏名 _____