

浜松市産後ケア事業実施結果報告書

訪問型 報告用

施設名 _____

代表者名 _____

浜松市産後ケア事業（ _____ 年 _____ 月分）を実施しましたので下記のとおり報告します。

利用者氏名		生年月日	年 月 日
出産日	年 月 日	課税区分	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生保

実施日 _____ 月 _____ 日

利用時の状況（利用サービス、助言内容等）

母体の健康管理や生活指導 乳房管理指導 沐浴や育児方法の指導 その他

連絡事項 フォロー 不要 要（当院フォロー 保健師連絡（未・済））

※フォロー要の場合

【フォロー内容】 養育態度 育児不安 児の発育・発達 その他（ _____ ）

訪問時の情報等をこども家庭センター保健師に伝えることについて、母から了承を得られている。

※里帰り利用の場合

【利用時の状況】 _____

実施日 _____ 月 _____ 日

利用時の状況（利用サービス、助言内容等）

母体の健康管理や生活指導 乳房管理指導 沐浴や育児方法の指導 その他

連絡事項 フォロー 不要 要（当院フォロー 保健師連絡（未・済））

※フォロー要の場合

【フォロー内容】 養育態度 育児不安 児の発育・発達 その他（ _____ ）

訪問時の情報等をこども家庭センター保健師に伝えることについて、母から了承を得られている。

※里帰り利用の場合

【利用時の状況】 _____

実施日 _____ 月 _____ 日

利用時の状況（利用サービス、助言内容等）

母体の健康管理や生活指導 乳房管理指導 沐浴や育児方法の指導 その他

連絡事項 フォロー 不要 要（当院フォロー 保健師連絡（未・済））

※フォロー要の場合

【フォロー内容】 養育態度 育児不安 児の発育・発達 その他（ _____ ）

訪問時の情報等をこども家庭センター保健師に伝えることについて、母から了承を得られている。

※里帰り利用の場合

【利用時の状況】 _____