

浜松市長あて

年 月 日

浜松市産後ケア事業実施結果報告書

デイサービス（2時間・1時間）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。

月日	氏名 ①（生年月日） ②（出産日）	住所（区町）	課税		非課税		生保		サービス内容 ※下記番号 選択	連絡事項
			2時間	1時間	2時間	1時間	2時間	1時間		
	①（ . . ） ②（ . . ）	区 町							【利用結果】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 保健師連絡（未・済） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
	①（ . . ） ②（ . . ）	区 町							【利用結果】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 保健師連絡（未・済） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
	①（ . . ） ②（ . . ）	区 町							【利用結果】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 保健師連絡（未・済） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
	①（ . . ） ②（ . . ）	区 町							【利用結果】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 保健師連絡（未・済） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
	①（ . . ） ②（ . . ）	区 町							【利用結果】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 保健師連絡（未・済） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
	①（ . . ） ②（ . . ）	区 町							【利用結果】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 保健師連絡（未・済） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
計										

※サービス内容
 ①産後の母体の健康管理や生活面の指導 ②乳房管理と授乳方法等の指導
 ③沐浴等の育児手技の指導 ④乳児の発育・発達に関すること ⑤その他保健指導