（様式6号）

高砂市産後ケア事業　利用報告書

高砂市長　様

年　　月　　日

事業所名

下記利用者に対し、産後ケア事業を実施したので、実施結果を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 発行番号 |  |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 児氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 児氏名 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※委託料（基本額＋加算）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別 | 利　用　日 | 委託料　＝　請求額 |
| * 宿泊型
 | 　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　泊　　日）年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　泊　　日） | 1日あたりの委託料　　　　円×　　日間請求額　　　　　　　　円 |
| * 通所型
 | 年　　月　　日　　　：　　　～　　　：　　（　　時間）年　　月　　日　　　：　　　～　　　：　　（　　時間） | 1時間あたりの委託料　　　　円×　　時間請求額　　　　　　　　円 |
| * 訪問型
 | 年　　月　　日　　　：　　　～　　　：　　（　　時間）年　　月　　日　　　：　　　～　　　：　　（　　時間） | 1時間あたりの委託料　　　　円×　　時間請求額　　　　　　　　円 |
| **合計額 　　　　　　　円** |
| 実施内容 | ①　産婦への保健指導・栄養指導　□　体調管理　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　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（乳房ケア含む）　□　乳房ケア　　 □　授乳相談　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）④　育児の手技についての具体的な指導及び相談　□　離乳食相談　　□　育児相談　　□　沐浴指導　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　）⑤　その他：本事業の対象内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）⑥　その他オプション（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 産婦の状況 | 血圧：　　/　　㎜Ｈg（測定した場合記載）　利用終了時のEPDS：　　点（実施した場合記載）睡眠：□　良　　□　不良　　　時間　　　　　体調：□　良　　□　不良乳房の状態：育児の協力者：□　無　　□　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　別添記録添付あり |
| 児の状況 | 体重：　　　　　g（1日体重増加　　　　g）栄養：□　母乳　　　回/日　　　□　人工乳　　　　cc×　　　回/日発達状況：特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　別添記録添付あり |
| 実施結果（課題解決状況等） | 産後ケア事業で継続支援の必要性□　無　　　□　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 市行政での支援の必要性※支援が必要な場合は、速やかに連絡ください | □　支援不要□　要支援　　⇒　□　連絡済（　　/　　）　　※連絡方法をチェックしてください　　【連絡方法】　□　養育支援ネット　　　　　　　　　□　高砂市こども窓口課　（電話：079-441-7440） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　　　　　　　　連絡先（電話）

要支援加算該当者の利用状況報告書

※　要支援加算該当者については、利用1回ごとに高砂市に利用状況の報告をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日 | 　　　月　　日 |
| ①アセスメント | □　別添のアセスメントシート(　　/　　)のとおり |
| ②ケアプラン |  |
| ③実施・評価 |  |
| ④市への連絡 | □市への連絡済み（　　/　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日 | 　　　月　　日 |
| ①アセスメント | □　別添のアセスメントシート(　　/　　)のとおり |
| ②ケアプラン |  |
| ③実施・評価 |  |
| ④市への連絡 | □市への連絡済み（　　/　　） |