

第3号様式（第9条関係）

年 月 日

新発田市産後ケア事業実施結果報告書

（宛先）新発田市長

所在地  
委託医療機関等名  
代表者名

次のとおり産後ケア事業を実施したので、新発田市産後ケア事業実施要綱第9条第1項の規定により下記のとおり報告します。

記

利用者	住所	新発田市													
	氏名														
利用状況	宿泊型実施日	_____月 日 から _____月 日（ _____日間）													
	デイサービス型実施日	<table border="1"> <tr> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td>計 _____回</td> <td></td> </tr> </table>				_____月 日	_____月 日	_____月 日	_____月 日		_____月 日	_____月 日	_____月 日	計 _____回	
	_____月 日	_____月 日	_____月 日	_____月 日											
	_____月 日	_____月 日	_____月 日	計 _____回											
アウトリーチ型実施日	<table border="1"> <tr> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td>_____月 日</td> <td>計 _____回</td> <td></td> </tr> </table>				_____月 日	_____月 日	_____月 日	_____月 日		_____月 日	_____月 日	_____月 日	計 _____回		
_____月 日	_____月 日	_____月 日	_____月 日												
_____月 日	_____月 日	_____月 日	計 _____回												
保健指導の内容 （右記の該当する□の中にレ印を付けてください。）	<input type="checkbox"/> 産婦の心身の不調や育児不安に対する指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 沐浴、授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他必要とする保健指導 具体的な内容 [ ]														
実施結果・所見	記入者 医師又は助産師 氏名 _____														