

第3号様式

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
委託産後ケア施設名
代表者名

次のとおり産後ケア事業を実施したので、下記のとおり報告します。

記

利 用 者	住 所	新発田市																			
	利用番号																				
	母の氏名・ 子の氏名	(母) . (子)																			
	子の生年月日 (月齢)	年 月 日 (か月)																			
利 用 状 況	宿泊型実施日月 日 から月 日 (日間)月 日 から月 日 (日間)月 日 から月 日 (日間) デイサービス型実施日 <table><tr><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td></tr><tr><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td><td>計.....回</td></tr></table> アウトリーチ型実施日 <table><tr><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td></tr><tr><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td><td>.....月 日</td><td>計.....回</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
	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。)	☐ 産婦の心身の不調や育児不安に対する指導 ☐ 乳房管理 ☐ 沐浴、授乳等の育児指導 ☐ その他必要とする保健指導 (具体的な内容)																			
産後ケア事業が必要な 理由・アセスメント等																					
実施結果・所見・市への 引継ぎ事項	記入者 医師又は助産師、看護師 氏名_____																				