

〇〇市 長 様

産後ケア事業実施報告書(個票・月報)

R8年3月までに、通所2回、短期入所1回を利用して
いる方の場合。

当該月に何回目の利用か

事業所名 **〇〇助産院**

以下のとおり、産後ケア事業を実施しましたので、報告します。

1. 利用者情報

※年齢は当月最初の利用日時時点

ふりがな	くもと はなこ	生年月日	平成	10	年	3	月	5	日	28	歳
氏名	熊本 花子										
住所	〇〇市××1丁目2-3										

プルダウンで選択 (短期入所・通所・居宅訪問・集団)

設定無い場合は記載不要

2. 実施内容

利用確認表等により確認する。算出方法は、下部記載の※部分を参照。

利用日時	令和	8	年	4	月	3	日	14	時	30	分	～	4	月	3	日	16	時	30	分
利用型	通所	型の詳細		2時間型	短期入所型の場合、宿泊数						1	泊								
利用回数	型別累計	3	回目	総累計	4	回目	※月単位ではなく、総利用期間の累計。													
提供内容	<input checked="" type="radio"/>	①保健指導・栄養指導	<input checked="" type="radio"/>	②心理的ケア	<input checked="" type="radio"/>	③授乳ケア	<input checked="" type="radio"/>	④手技指導												
詳細	体重測定、授乳相談、離乳食相談 提供したケアの主な内容 (体重測定、授乳相談、乳房マッサージ、母体・児の状態確認、沐浴、離乳食指導など)																			

1
回
目

状況確認(利用希望の内容、利用時の状況・所見等を記載してください)

**体重〇〇〇〇g、体重増加良好(〇g/日)。母乳分泌良好。
母の疲労感や育児への不安大きく、傾聴行う。
離乳食相談については、市の栄養教室を案内。**

具体的な状況や聞き取り内容など

継続支援・連携の必要性 該当する項目に○を選択(複数選択可)

良好 継続利用が必要 医療機関の受診が必要 自治体の早期介入が必要

理由 ※「医療機関の受診が必要」「自治体の早期介入」を選択した場合は記入必須

母の疲労感の観察など、継続的な支援必要と思われる。

担当者(記録者) **天草 ちえこ**

利用日時	令和	8	年	4	月	7	日	11	時			分	～	4	月	8	日	10	時	分
利用型	短期入所	型の詳細		短期入所型の場合、宿泊数		1					泊									
利用回数	型別累計	2	回目	総累計	5	回目	※月単位ではなく、総利用期間の累計。													
提供内容	<input checked="" type="radio"/>	①保健指導・栄養指導	<input checked="" type="radio"/>	②心理的ケア	<input checked="" type="radio"/>	③授乳ケア	<input checked="" type="radio"/>	④手技指導												
詳細	体重測定、沐浴、育児不安あり心理的ケアを重点的に実施																			

2
回
目

状況確認(利用希望の内容、利用時の状況・所見等を記載してください)

**体重〇〇〇〇g、体重増加良好(〇g/日)。
児の発育良好だが、母の疲労感非常に強い。父は多忙で、近隣に頼れる親族等なく、母への負担大きくなっている様子。時折、涙を流しながら不安を表出し、父在宅時も眠れないと話す。**

継続支援・連携の必要性 該当する項目に○を選択(複数選択可)

良好 継続利用が必要 医療機関の受診が必要 自治体の早期介入が必要

理由 ※「医療機関の受診が必要」「自治体の早期介入」を選択した場合は記入必須

育児に対する不安や自責感強く、不眠傾向で表情乏しい。医療機関への受診が必要と思われる。

担当者(記録者) **阿蘇 さつき**