

年 月 日

那珂市長 様

事業者名
所在地
代表者

那珂市産後ケア事業実施報告書

那珂市産後ケア事業を実施しましたので、次のとおり報告します。

利用者 氏名	(ふりがな) 産婦 年 月 日生	
	(ふりがな) 児 年 月 日生 (男・女)	
利用 期間	1. 短期入所型 年 月 日 ~ 年 月 日 2. 通所型(個別・集団) 年 月 日 3. 居宅訪問型 年 月 日(時 分 ~ 時 分)	
産婦 の 状況	1 身体面 ・乳房の状態 (分泌良好・やや不良・不良・分泌なし※完全ミルク) ・乳房トラブル (なし・白斑・痂皮・亀裂・硬結・痛み・発赤・緊満) ・授乳状況(直母・混合・人工・搾乳) 母乳 回/日、人工乳 ml× 回/日 ・心身の不調(変化なし・改善傾向・悪化) ・睡眠の状況(良好・やや不良・不良) ・その他: 2 心理面 ・エジンバラ点数(必要時聴取)____点 ・その他:	産婦の主訴(利用理由) 産後ケア利用中の産婦や児、家族の様子 助言・指導内容 夜間帯のケア

児の 状況	・体重 _____g (直近の1日体重増加量_____g) ・排尿 _____回/日、排便 _____回/日 ・便の性状(硬い・普通・軟便・下痢) ・哺乳状況(良好・吐乳しやすい・排気しにくい) ・沐浴指導(無・有) ・皮膚の状態(異常なし・あり _____) ・発達の確認(順調・ _____) ・その他：	ケア担当者名 特記事項
継続 支援 の必 要性	☐ 無 ☐ 有 ※理由や状況を記載して下さい。	

※事業を実施した日の属する月の翌月10日までに、那珂市担当課に提出してください。

※継続支援の必要性があり、緊急を要する場合は、速やかに那珂市担当課に報告してください。

※産婦及び児に関する所見や利用時の様子等、追加内容があれば別途添付をお願いします。