

令和 年 月 日

北九州市長 様

住所

委託事業者名

代表者氏名

北九州市産後ケア事業実施報告書

次のとおり産後ケア事業を実施したので報告します。(該当する□にレをつけてください)

利用者氏名	母子手帳番号	
<input type="checkbox"/> 宿泊型 _____ 泊 _____ 日 (<input type="checkbox"/> 多胎加算) (<input type="checkbox"/> 減免世帯)	年 月 日 時~ 年 月 日 時まで	泊 日
	年 月 日 時~ 年 月 日 時まで	泊 日
	年 月 日 時~ 年 月 日 時まで	泊 日
<input type="checkbox"/> 通所型 _____ 日 (<input type="checkbox"/> 多胎加算) (<input type="checkbox"/> 減免世帯)	年 月 日 時~ 時	年 月 日 時~ 時
	年 月 日 時~ 時	年 月 日 時~ 時
	年 月 日 時~ 時	年 月 日 時~ 時
	年 月 日 時~ 時	
<input type="checkbox"/> 通所型 (短時間) _____ 回 (<input type="checkbox"/> 多胎加算) (<input type="checkbox"/> 減免世帯)	年 月 日 時~ 時	年 月 日 時~ 時
	年 月 日 時~ 時	
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型 _____ 回 (<input type="checkbox"/> 多胎加算) (<input type="checkbox"/> 減免世帯)	年 月 日 時~ 時	年 月 日 時~ 時
	年 月 日 時~ 時	年 月 日 時~ 時
	年 月 日 時~ 時	年 月 日 時~ 時
	年 月 日 時~ 時	
通算利用回数	_____ 回	
実施した保健指導	<input type="checkbox"/> 産婦の母体管理及び生活面の指導 <input type="checkbox"/> 授乳方法 <input type="checkbox"/> 乳房手当、乳房トラブルに関する相談 <input type="checkbox"/> 沐浴方法 <input type="checkbox"/> 発育・発達に関すること <input type="checkbox"/> 体重・排泄のこと <input type="checkbox"/> スキンケアに関する相談 <input type="checkbox"/> 母の不安等に関する相談 <input type="checkbox"/> 在宅での子育てに関する相談及び指導 <input type="checkbox"/> その他必要とする保健指導	

≪評価≫

A	母に体調不良がある。(病院等への入院を要しない程度)	
	(1) 非常に疲れている。自分のこともままならない。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(2) 腰・肩・膝などに痛みがあり、体を動かすのが大変。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(3) 気持ちがふさいでしまう。つらい。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(4) 泣けてきてしまう。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(5) 疲れていて眠れるはずなのに、眠れない。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(6) 赤ちゃんに対してイライラすることがある。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(7) 乳房トラブルがある。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(8) その他 (自由記載)	
B	育児に強い不安がある。	
	(1) 抱っこの仕方や、あやし方がわからない。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(2) 赤ちゃんが母乳やミルクを飲んでくれない。どのように授乳すれば良いかわからない。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(3) 赤ちゃんが泣いてばかりいてどうして良いかわからない。なぜ泣いているのかわからない。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(4) 育児をしたいのに、やり方がわからずできない。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(5) 育児方法はわかっているのに、どうしたら良いかわからない。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(6) 育児がうまくいかず、自分を責めてしまう。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(7) 赤ちゃんのことがかわいく思えない。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
	(8) その他 (自由記載)	
C	家族から十分な援助が受けられない。	
	家族から十分な援助が受けられないが、自分で子育てできる技術が獲得できた。	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化
医師又は助産師等の実施結果・所見		
継続支援の必要	なし ・ あり	その理由
今後の予定		
区役所への連絡事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要訪問(普通 ・ 至急)→区役所への連絡(未 ・ 済) (具体的内容)	