

年 月 日

北九州市長 宛

事業所名

住所

連絡先

(担当者名)

北九州市産後ケア事業として、下記のケアを実施しましたので報告します。

(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日 歳	母子健康 手帳番号	
				多胎 利用	☐ 有 (加算: 人※) ☐ 無 ※例 双子の場合「1人」
住 所	北九州 市		(連絡先)	世帯 区分	☐ 課税(A) ☐ 非課税(B) ☐ 生保(C)
(ふりがな) こどもの名			(生年月日: 年 月 日 第 子)		

利用 月日	利用区分と時間	ケア内容 (※実施したケア内容番号にチェック)	母子健康 手帳記載	サイン	
				事業者	利用者
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		
	☐ 宿泊 ☐ 通所 ☐ 通所(短時間) ☐ 訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨ ☐ ⑩ ☐ ⑪()	☐ 済		

- 【ケア内容番号】
- ①母体の管理及び生活面に係る指導

②乳房のケア又は乳房トラブルに関する相談支援

③授乳方法の指導

④離乳食に関する相談支援

⑤乳児の沐浴方法の指導

⑥乳児の発育及び発達に関する相談支援及び指導

⑦乳児の体重及び排せつの観察

⑧乳児のスキンケアに関する相談支援

⑨産婦の不安等に関する相談支援

⑩在宅での子育てに関する相談支援及び指導

⑪その他必要な保健指導(内容を記入)

【評価】

A	産婦(養育者)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。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
	(2)腰・肩・膝などに痛みがあり、体を動かすのが大変。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
	(3)気持ちがふさいでしまう。つらい。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
	(4)泣けてきてしまう。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
	(5)疲れていて眠れるはずなのに、眠れない。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
	(6)赤ちゃんに対してイライラすることがある。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
	(7)乳房トラブルがある。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
B	(8)その他 (自由記載)	
	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。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 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。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 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。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
	(4)育児をしたいのに、やり方がわからずできない。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 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。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
	(6)育児がうまくいかず、自分を責めてしまう。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化
C	(7)赤ちゃんのことがかわいく思えない。	
	(8)その他 (自由記載)	
	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。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化

助産師等指導の実施結果・所見

育児支援者: ☐ 無 ☐ 有 ➡ (☐ 夫・パートナー ☐ 実父母 ☐ 義父母 ☐ その他()) エジンバラ: ☐ 未実施 ☐ 実施 ☐ 他機関実施: 点(/) ボンディング: ☐ 未実施 ☐ 実施 ☐ 他機関実施: 点(/) 北九州市への引継ぎ事項 ☐ 継続支援必要 (該当する項目にチェック) ➡ ☐ 発育・発達 ☐ 育児支援者不足 ☐ 育児不安 ☐ 養育態度 ☐ 訴えが多い ☐ その他() ☐ 様式第2号を用いて至急連絡済 ➡ (報告日時: 月 日 時 分: 区 様宛) ☐ 継続支援不要	
---	--

※サービス終了後、すみやかに作成してください。

※エジンバラ・ボンディングを実施した場合は、原本を添付してください。