

北九州市産後ケア事業実施結果報告書

記入例

実施事業所向け説明

6 年 10 月 # 日

北九州市長 宛

事業所名	Dクリニック
住所	〇〇〇〇〇
連絡先	XXX-XXXX (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)	ふくおか よしこ	生年月日	年 月 日 歳	母子手帳 番号	
氏 名	福岡 良子			多胎 利用	☒ 有 (加算: 1 人※) ☐ 無 ※例 双子の場合「1人」
住 所	北九州市 〇〇-〇-〇	(連絡先 XXX-XXXX-XXXX)	世帯 区分	☒ 課税(A) ☐ 非課税(B) ☐ 生保(C)	
(ふりがな)	はな	ゆき	(生年月日: 6 年 6 月 6 日 第 2 ・ 3 子)		
こどもの名	花	雪			

◆多胎加算の有無を判断できるよう、加算対象人数を記

◆請求単価の確認ができるよう、世帯区分を記入 (市民税非課税証明書または保護受給証明書を利用者が持参すればBおよびCとなります)。

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
10 2	☒ 宿泊口通所口通所(短時間) (10:00~24:00)	☒ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☒ ⑦ ☒ ⑧ ☐ ⑨	☒ 済		
10 3	☒ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (0:00~10:00)	☒ ① ☒ ② ☒ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☒ ⑥ ☒ ⑦ ☒ ⑧ ☐ ⑨	☒ 済		
10 4	☒ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (10:00~24:00)	☐ ① ☐ ② ☒ ③ ☐ ④ ☒ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☒ ⑨	☒ 済		
10 5	☒ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (0:00~10:00)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨	☒ 済		
10 6	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (10:00~19:00)	☒ ① ☒ ② ☒ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☒ ⑥ ☒ ⑦ ☒ ⑧ ☐ ⑨	☒ 済		
10 15	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (10:00~12:00)	☒ ① ☒ ② ☒ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☒ ⑥ ☒ ⑦ ☒ ⑧ ☐ ⑨	☒ 済		
10 20	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (14:00~15:00)	☒ ① ☒ ② ☒ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☒ ⑥ ☒ ⑦ ☒ ⑧ ☐ ⑨	☒ 済		
10 30	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (13:00~15:00)	☐ ① ☒ ② ☒ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☒ ⑥ ☒ ⑦ ☒ ⑧ ☐ ⑨	☒ 済		
	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨	☐ 済		
	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨	☐ 済		
	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨	☐ 済		
	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨	☐ 済		
	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨	☐ 済		
	☐ 宿泊口通所口通所(短時間)口訪問 (: ~ :)	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧ ☐ ⑨	☐ 済		

◆多胎利用の場合は、同一欄にまとめて記載します。

◆利用日は1日単位で記載します。
(例: 1泊2日⇒2日分に分けて記載)

◆母子健康手帳の産後ケア欄に利用歴を記載後、事業者がサインをし、利用者の確認もとります(署名または押印)。

【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 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。	☒ 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
(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。	☐ 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
(7)赤ちゃんのことがかわいく思えない。	☐ 改善 ☐ 変化なし ☐ 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。	☒ 改善 ☐ 変化なし ☐ 悪化

◆利用前の課題が産後ケア実施後どのように変化したか
該当部分のみチェックをする。

助産師等指導の実施結果・所見

◆直近でエジンバラ等を実施されており、産後ケア事業所でその結果が把握できる場合は、✓他機関実施を選択し、把握した検査月日と結果を記載可(実施必須を除く)。

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: 7 点 (10 / 3) ポンディング: ☒ 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

☐ 様式第2号を用いて至急連絡済 (報告日時: 月 日 時 分)

☐ 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。

◆この報告書の提出前に、市町村に対し至急連絡済みの場合は、ここに必要事項を記入してください。

◆同一月での連続利用の際は、アセスメント結果に大きな変化がない場合は、実施結果報告書を、まとめて作成することも可能です。

◆利用目的やケア内容、アセスメント結果が異なる、間隔を空けての再度の利用の場合など、状況に応じて複数枚に分けて報告書を作成するなどしてください。