

## 千葉市産後ケア事業実施報告書【宿泊型】

登録番号							年	月	分
(ふりがな) 利用者氏名	【母】					【児】			
住 所	( 歳 )								
妊娠・ 分娩の状況	妊娠期間	妊娠	週	分娩日	年 月 日				
	月 齢	生後 か月 【修正月齢: か月】							
	妊娠・分娩の経過	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり							
	生下時体重								
多胎の有無 (ケア時)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(多胎加算人数 人)※双子の場合は1人、三つ子の場合は2人								
利用日時	年 月 日 時 分 から 年 月 日 時 分 まで								
主 訴									
観察・アセスメント									
母の身体状況	身体の回復	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察	育児状況	育児手技	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察				
	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察		授乳状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察				
	創部の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察		パートナーとの関係	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察				
母の生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察	育児環境	家族関係	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察				
	排泄	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察		サポート体制	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察				
	睡眠・休息	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察		アセスメント					
母の心理状態	気分・感情の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察							
	お産の振り返り	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察							
	ストレスへの対応	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察							
児の健康	全身状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察							
	哺乳状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察							
	発育状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察							
	発達状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察							
保健指導の内容	産婦のケア		児のケア		母子のケア				
		母親の健康管理		発育・発達の確認		授乳指導			
		乳房ケア		排泄の観察		沐浴指導			
		心理面のケア		皮膚の観察		育児相談・指導			
		バースレビュー		環境調整		母子保健サービスの情報提供			
		家族計画				家族への支援・情報提供			
		GDM情報提供				その他必要とする保健指導等			
母子の状況・ 結果等									
継続支援	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 要 [支援内容: ]				健康課への連絡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

上記利用者に対し、千葉市産後ケア事業を実施したので報告します。

事業所名		担当者名	
------	--	------	--

千葉市産後ケア事業実施報告書【訪問型】

登録番号									年	月分
(ふりがな) 利用者氏名	【母】					【児】				
	( 歳 )					【第 子】				
住 所										
妊娠・ 分娩の状況	妊娠期間	妊娠	週	分娩日	年 月 日					
	月 齢	生後 月 日 【修正月齢: 月 日】								
	妊娠・分娩の経過	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり								
	生下時体重									
多胎の有無 (ケア時)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(多胎加算人数 人)※双子の場合は1人、三つ子の場合は2人									
利用日時	年 月 日 時 分 から 年 月 日 時 分 まで									
主 訴										
観察・アセスメント										
母の身体状況	身体の回復	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察	育児状況	育児手技	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察					
	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察		授乳状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察					
	創部の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察		パートナーとの関係	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察					
母の生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察	育児環境	家族関係	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察					
	排泄	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察		サポート体制	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察					
	睡眠・休息	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察		アセスメント						
母の心理状態	気分・感情の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察								
	お産の振り返り	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察								
	ストレスへの対応	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察								
児の健康	全身状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察								
	哺乳状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察								
	発育状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察								
	発達状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要観察								
保健指導の内容	産婦のケア		児のケア		母子のケア					
	母親の健康管理		発育・発達の確認		授乳指導					
	乳房ケア		排泄の観察		沐浴指導					
	心理面のケア		皮膚の観察		育児相談・指導					
	パースレビュー		環境調整		母子保健サービスの情報提供					
	家族計画				家族への支援・情報提供					
	GDM情報提供				その他必要とする保健指導等					
母子の状況・ 結果等										
継続支援	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 要〔支援内容: 〕				健康課への連絡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

上記利用者に対し、千葉市産後ケア事業を実施したので報告します。

事業所名		担当者名	
------	--	------	--

上記利用者に対し、千葉市産後ケア事業を実施したので報告します。

事業所名		担当者名	
------	--	------	--