（様式第６号）

# 加西市産後ケア事業　利用報告書

加西市長　様　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日

事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　下記利用者に対し、産後ケア事業を実施したので、実施結果を報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発行番号 |  | 児氏名 |  | （月齢　　か月） |
| 利用者氏名 |  | 児氏名 |  | （月齢　　か月） |
| 住所 | 〒電話 |

※委託料(基本額＋加算)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別 | 利用日 | 委託料＝請求額 |
| □宿泊型 | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 （　　　泊日 ）年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 （　　　泊日 ） | １日あたりの委託料 円 × 日間 |
| 請求額 |  | 円 |
| □通所型 | 年　　　月　　　日　　　　　：　　　～　　：　　　 （　　　時間 ）年　　　月　　　日　　　　　：　　　～　　：　　　 （　　　時間 ） | １時間あたりの委託料 円 × 時間 |
| 請求額 |  | 円 |
| □訪問型 | 年　　　月　　　日　　　　　：　　　～　　：　　　 （　　　時間 ）年　　　月　　　日　　　　　：　　　～　　：　　　 （　　　時間 ） | １時間あたりの委託料 円 × 時間 |
| 請求額 |  | 円 |
|  | 合計額 |  | 円 |
| 実施内容 | ①産婦への保健指導・栄養指導□ 体調管理 （内容： ）□ 栄養指導 （内容： ）②産婦への心理的ケア （内容： ）③適切な授乳ができるためのケア（乳房ケア含む）□ 乳房ケア □ 授乳相談 □ その他 （ ）④育児の手技についての具体的な指導及び相談□ 離乳食相談 □ 育児相談 □ 沐浴指導 □ その他 （□ その他：本事業の対象内容（ ）□ その他オプション （ ） |
| 産婦の状況 | 血圧： ／ mmHg EPDS： 点 （実施した場合記載）睡眠：□ 良 □ 不良 睡眠： 時間 体調：□ 良 □ 不良乳房の状態：育児の協力者：□ 無 □ 有 （ ）特記事項： □ 別添記録添付あり |
| 児の状況 | 体重： ｇ （1日体重増加 ｇ）栄養:　□ 母乳 回 ／ 日 □ 人工乳 ｃｃ × 回 ／ 日発達状況：特記事項： □ 別添記録添付あり |
| 実施結果（課題解決状況等） | 産後ケア事業で継続支援の必要性□ 無 □ 有 （ ） |
| 行政の支援の必要性※支援が必要な場合は、速やかに連絡ください | □ 支援不要　　　　□ 要支援⇒ □ 連絡済（ ／ ） 【連絡方法】 □ 養育支援ネット □ 加西市健康課 （電話：0790-42-8723） |

担当者 連絡先（電話）

# 要支援加算該当者の利用状況報告書

※要支援加算該当者については、利用1回ごとに加西市に利用状況の報告をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別利用日 | □ 宿泊型 | 　　　　年　　　　月　　　　　日　　　～　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| □ 通所型 | 　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　　 ：　　　　　～　　　　　： |
| □ 訪問型 | 年　　　　月　　　　　日　　　　　　　：　　　　　～　　　　　： |
| ①アセスメント | □ 別添のアセスメントシート( / )のとおり |
| ②ケアプラン |  |
| ③実施・評価 |  |
| ④市町への連絡 | □ 市町への連絡済み（　 /　 ） |
| 種別利用日 | □ 宿泊型 | 　　　　年　　　　月　　　　　日　　　～　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| □ 通所型 | 　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　　 ：　　　　　～　　　　　： |
| □ 訪問型 | 年　　　　月　　　　　日　　　　　　　：　　　　　～　　　　　： |
| ①アセスメント | □ 別添のアセスメントシート( / )のとおり |
| ②ケアプラン |  |
| ③実施・評価 |  |
| ④市町への連絡 | □ 市町への連絡済み（　 / 　） |