様式第３号

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 |  | |
| □宿泊型  　　　泊　　　日  （　□多胎加算　）  （　□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 |
| □通所型  　　　　　　　日  （　□多胎加算　）  （　□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 |  | | |
| □通所型（短時間）  　　　　　　　回  （　□多胎加算　）  （　□減免世帯　） | 年　　　月　　　日　　 時～　　時 | 年　　　月　　　日　　 時～　　時 | | |
| 年　　　月　　　日　　 時～　　時 |  | | |
| □居宅訪問型  　　　　　　　回  （　□多胎加算　）  （　□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 | □　産婦の母体管理及び生活面の指導　　　　□　授乳方法  □　乳房手当、乳房トラブルに関する相談　　□　沐浴方法  □　発育・発達に関すること　　　　　　　　□　体重・排泄のこと  □　スキンケアに関する相談　　　　　　　　□　母の不安等に関する相談  □　在宅での子育てに関する相談及び指導　　□　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。 | | | | □　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 | |
| 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 | | □　なし　　□要訪問（　普通　・　至急　）→区役所への連絡（　未　・　済　）  （具体的内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |