

報告日(年は和暦)

益城町 長宛

## 益城町産後ケア事業実施報告書(個報)

事業所名

以下のとおり、産後ケア事業を実施しましたので、報告します。

## 1. 利用者情報

※年齢は当月最初の利用日時点

ふりがな		生年月日		年		月		日		歳
氏名										
住所										

## 2. 実施内容

1 回目	利用日時	令和		年		月		日		時		分	～			月		日		時		分	
	利用種別																短期入所型の場合、宿泊数		泊				
	利用回数	種別回数		回目		累計回数		回目															
	提供内容	①保健指導・栄養指導				②心理的ケア				③授乳ケア				④手技指導									
	詳細																						
	状況確認(利用希望の内容、利用時の状況・所見等を記載してください)																						
	継続支援・連携の必要性 該当する項目に○を選択(複数選択可)																						
		良好	継続利用が必要	医療機関の受診が必要	自治体の早期介入が必要																		
	理由	※「医療機関の受診が必要」「自治体の早期介入」を選択した場合は記入必須																					
	担当者(記録者)																						
2 回目	利用日時	令和		年		月		日		時		分	～			月		日		時		分	
	利用種別																短期入所型の場合、宿泊数	2	泊				
	利用回数	種別回数		回目		累計回数		回目															
	提供内容	①保健指導・栄養指導				②心理的ケア				③授乳ケア				④手技指導									
	詳細																						
	状況確認(利用希望の内容、利用時の状況・所見等を記載してください)																						
	継続支援・連携の必要性 該当する項目に○を選択(複数選択可)																						
		良好	継続利用が必要	医療機関の受診が必要	自治体の早期介入が必要																		
	理由	※「医療機関の受診が必要」「自治体の早期介入」を選択した場合は記入必須																					
	担当者(記録者)																						

## 3回目以降は次ページに記載してください

※利用種別の型の詳細については、デイサービス型で詳細が分かれている場合(例:2時間・3時間等)を記載してください

※利用回数については、他の施設で受けた回数も含めて記載してください

※継続支援・連携の必要性において、「医療機関の受診が必要」「自治体の早期介入」を選択した場合、月末に限らず、すぐに自治体へ報告書を提出するとともに、電話等で情報共有を行ってください

3 回目	利用日時	令和	年	月	日	時	分	～	月	日	時	分
	利用種別	型の詳細						短期入所型の場合、宿泊数	泊			
	利用回数	種別回数	回目	累計回数	回目							
	提供内容	①保健指導・栄養指導			②心理的ケア			③授乳ケア		④手技指導		
	詳細											
	状況確認(利用希望の内容、利用時の状況・所見等を記載してください)											
	継続支援・連携の必要性 該当する項目に○を選択(複数選択可)											
	良好	継続利用が必要	医療機関の受診が必要	自治体の早期介入が必要								
	理由	※「医療機関の受診が必要」「自治体の早期介入」を選択した場合は記入必須										
	担当者(記録者)											
4 回目	利用日時	令和	年	月	日	時	分	～	月	日	時	分
	利用種別	型の詳細						短期入所型の場合、宿泊数	泊			
	利用回数	種別回数	回目	累計回数	回目							
	提供内容	①保健指導・栄養指導			②心理的ケア			③授乳ケア		④手技指導		
	詳細											
	状況確認(利用希望の内容、利用時の状況・所見等を記載してください)											
	継続支援・連携の必要性 該当する項目に○を選択(複数選択可)											
	良好	継続利用が必要	医療機関の受診が必要	自治体の早期介入が必要								
	理由	※「医療機関の受診が必要」「自治体の早期介入」を選択した場合は記入必須										
	担当者(記録者)											
5 回目	利用日時	令和	年	月	日	時	分	～	月	日	時	分
	利用種別	型の詳細						短期入所型の場合、宿泊数	泊			
	利用回数	種別回数	回目	累計回数	回目							
	提供内容	①保健指導・栄養指導			②心理的ケア			③授乳ケア		④手技指導		
	詳細											
	状況確認(利用希望の内容、利用時の状況・所見等を記載してください)											
	継続支援・連携の必要性 該当する項目に○を選択(複数選択可)											
	良好	継続利用が必要	医療機関の受診が必要	自治体の早期介入が必要								
	理由	※「医療機関の受診が必要」「自治体の早期介入」を選択した場合は記入必須										
	担当者(記録者)											
6 回目	利用日時	令和	年	月	日	時	分	～	月	日	時	分
	利用種別	型の詳細						短期入所型の場合、宿泊数	泊			
	利用回数	種別回数	回目	累計回数	回目							
	提供内容	①保健指導・栄養指導			②心理的ケア			③授乳ケア		④手技指導		
	詳細											
	状況確認(利用希望の内容、利用時の状況・所見等を記載してください)											
	継続支援・連携の必要性 該当する項目に○を選択(複数選択可)											
	良好	継続利用が必要	医療機関の受診が必要	自治体の早期介入が必要								
	理由	※「医療機関の受診が必要」「自治体の早期介入」を選択した場合は記入必須										
	担当者(記録者)											