

年 月 日

観音寺市長 宛て

事業所名

所在地

代表者名

印

観音寺市産後ケア事業実施報告書（ 年 月分）

次の利用者に対し、産後ケア事業を実施しましたので、報告します。

利 用 者	住 所	観音寺市		
	氏 名			
	生年月日			
子の氏名		生年月日		
種類・日数	<input type="checkbox"/> 宿泊型	(日)		
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	(日)		
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型	(日)		
保健指導内容	<input type="checkbox"/> 母体管理 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他保健指導 ()			
母子の状況に関する所見				
医師又は助産師の実施結果・所見	担当者名			
引継事項	継続支援の要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否			
自己負担額	1日当たり	円×	日	
備考				