

観音寺市産後ケア事業利用票

利用初日は、この利用票の問診に必ず回答してから利用してください。

* 出産から1年以内まで有効（この期間を過ぎると使用できません）

交付年月日

No.

◎太線内は産婦自身でお書きください。

フリガナ			
産婦氏名	生年月日	年	月 日 () 歳
	出 産 日	年	月 日
住 所	香川県 観音寺市 町 (電話)		
利 用 日	年 月 日 ~ 年 月 日	※短期入所（ショートステイ）型を出産に引き続き利用 する場合は記載してください。	
利 用 方 法	☐ 宿泊型 ☐ デイサービス型 ☐ アウトリーチ型		出産施設： 退 院 日： 年 月 日

本利用票に基づく産後ケアを依頼します。

観音寺市町長

印

委託実施施設の長 様

< 問 診 > ※年齢は利用当日現在で記載してください。

	利用者		利用乳児			
ふりがな 氏名・年齢	☐ 産婦と同じ		(男・女)	(男・女)		
	年 月 日 (歳)		(生後 か月 日)	(生後 か月 日)		
アレルギー	無・有 ()		無・有 ()	無・有 ()		
持病	無・有 ()		無・有 ()	無・有 ()		
服用している薬	無・有 ()		無・有 ()	無・有 ()		
当日の体調	体温 () ℃ 良好・不良 ()		体温 () ℃ 良好・不良 ()	体温 () ℃ 良好・不良 ()		
かかりつけ医	(TEL)		(TEL)	(TEL)		
兄弟 の 利用	ふりがな 氏名	性別	生年月日	ふりがな 氏名	性別	生年月日
		男・女	年 月 日 (歳 か月)		男・女	年 月 日 (歳 か月)

その他（家族の利用や配慮してほしいこと等）

緊急連絡先	氏名(ふりがな) (続柄) (TEL)
-------	--------------------------

- (注) 1. 産後ケア事業を受けるときは、この利用票および母子健康手帳を必ず提示して、県内の実施施設で利用してください。
 2. この利用票は、今回の出産に限り使用できます。
 3. 利用内容は、実施主体である市町に報告します。市町では、必要に応じ、利用者に連絡することがありますのでご了承ください。
 4. 香川県内で住所地の異動があった場合は、利用票の交換が必要です。
 5. 香川県外の実施施設等で利用される場合は、市町で県外用利用票と交換して受診してください。
 6. この利用票を紛失した場合は、原則として再発行はできません。

<観音寺市産後ケア事業実施報告書>

※実施報告は利用最終日に作成してください。

実施内容	☐ 母親への保健指導、栄養指導 ☐ 母親の心理的ケア ☐ 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む） ☐ 育児の手技についての具体的な指導及び相談
母子の状況に関する所見	
助産師等の実施結果・所見	担当者名
引継事項	継続支援の要否 ☐要 ☐否
備考	

観音寺市 自己負担額・市町請求額 （利用期間： 年 月 日～ 年 月 日）

利用方法	☐ 短期入所(ショートステイ)型 ☐ 通所(デイサービス)型 ☐ 居宅訪問(アウトリーチ)型	
課税区分	☐ 住民税課税 ☐ 住民税非課税 ☐ 生活保護	
	自己負担額	市町請求額
基本額	円	円
加算	☐ 多胎(人)	円
合計		円
年 月 日 実施施設住所 実施施設名 担当者名		