

ふりがな 産婦氏名		住所	嘉島町		
事業者確認欄	<input type="checkbox"/> 非課税世帯：令和 年度世帯課税証明書（世帯全員） <input type="checkbox"/> 生保：保護証明書 ※上記の書類を提示された場合はそのコピーを報告書と一緒に添付してください。		月始利用時月齢	生後	か月

実施施設名 _____

担当医師または担当者氏名 _____

利用回数

訪問	回
日帰り（3時間）	回
日帰り（5時間）	回
宿泊	泊

訪宿 問泊 ・型 日（ 帰1 り・ 型2 （・ 13 ・ 24 ・ 35 ） 泊 目 5 ） 回 目 ○を記入	利用日時	利用種別	実施項目※		
	月 日（ ）	<input type="checkbox"/> 訪問（訪問場所： 市町村）	1	2	3
	産後ケア事業実施時間 時 分～ 時 分	<input type="checkbox"/> 日帰り（ 3時間・5時間 ）	4	5	6
		<input type="checkbox"/> 宿泊	7	8	
	母子の状況		継続支援の必要性※		
	ケア前の母子の状況		（ 有・無 ）		
	児	生後 か月 日	1	2	3
		体重 g	4	5	6
			嘉島町へ継続支援依頼		
			（ 有・無 ）		
母					
ケア後の母子の状況		利用者確認欄			
		<input type="checkbox"/> 報告書及び利用カードの利用型・利用開始/終了時間の記入確認 <input type="checkbox"/> 利用開始時に対面にて問診を受けた <input type="checkbox"/> 希望するケアを受けることができた 利用料金（ ）円 そのほか支払い（ ）円 利用者確認サイン（自署）			

訪宿 問泊 ・型 日（ 帰1 り・ 型2 （・ 13 ・ 24 ・ 35 ） 泊 目 5 ） 回 目 ○を記入	利用日時	利用種別	実施項目※		
	月 日（ ）	<input type="checkbox"/> 訪問（訪問場所： 市町村）	1	2	3
	産後ケア事業実施時間 時 分～ 時 分	<input type="checkbox"/> 日帰り（ 3時間・5時間 ）	4	5	6
		<input type="checkbox"/> 宿泊	7	8	
	母子の状況		継続支援の必要性※		
	ケア前の母子の状況		（ 有・無 ）		
	児	生後 か月 日	1	2	3
		体重 g	4	5	6
			嘉島町へ継続支援依頼		
			（ 有・無 ）		
母					
ケア後の母子の状況		利用者確認欄			
		<input type="checkbox"/> 報告書及び利用カードの利用型・利用開始/終了時間の記入確認 <input type="checkbox"/> 利用開始時に対面にて問診を受けた <input type="checkbox"/> 希望するケアを受けることができた 利用料金（ ）円 そのほか支払い（ ）円 利用者確認サイン（自署）			

※実施項目及び継続支援の必要性の項目

- 1：産婦等の身体的ケア 2：産婦等の心理的ケア 3：授乳指導乳房ケア 4：保健指導 5：栄養指導 6：児の発育発達確認
7：育児手技指導・相談 8：生活相談・支援