杵築市　産後ケア事業　利用プラン

	出産日	年　月　日　初産 ・ 経産　（第　子）		
	出産した施設			
今回申請内容	産後ケア事業利用施設			
	産後ケア事業利用内容	☐ 宿泊型　回　／　～　／	これまでの利用回数	
		☐ ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ型　回　／		
		☐ アウトリーチ型　回　／		

お名前　　様

杵築市こども家庭センター
TEL：0978-64-2525
FAX：0978-64-2541

目　標	

利用目的（↓お母さん自身がやりたい・知りたい・身につけたいことに☑を入れましょう）		実施内容	申送り事項　★施設記入欄
1. 自身の心身のケアと休息	☐ 産後の過ごし方、母体回復の目安	☐	
	☐ 休息をとりたい	☐	
	☐ 必要な栄養･食事を知りたい	☐	
	☐ 心身の健康について不安なことを相談したい	☐	
2. 乳房ケア	☐ 乳房の状態を相談したい	☐	
	☐ 乳房トラブル予防の方法が知りたい	☐	
3. 赤ちゃんの健康・発育・発達	☐ 日常の健康状態の観察ポイント	☐	
	☐ 受診のタイミング･サイン	☐	
	☐ 発育･発達の確認	☐	
4. 赤ちゃんのお世話・関わり・遊び	☐ 授乳の方法やタイミング、必要な補足量	☐	
	☐ おむつ交換の方法やタイミング	☐	
	☐ 沐浴･お風呂の入れ方を知りたい	☐	
	☐ スキンケアの方法	☐	
	☐ 自宅での赤ちゃんとの生活･1日の過ごし方	☐	
	☐ 泣いたときの対応や関わり方	☐	
	☐ 月齢に応じた関わりや遊び	☐	
5. 家事・育児	☐ 家族の家事･育児のやり方･分担	☐	
	☐ 家族以外の家事･育児の協力者･サービス利用	☐	
	☐ 家事･育児の不安なことを相談したい	☐	

【その他にも相談したいことがあれば自由に記載してください】

【本人の継続支援の希望】（　あり　・　なし　）

【継続支援の必要性】（　あり　・　なし　）

【継続支援の内容】自院フォロー ・ 保健師フォロー ・（再）産後ケア事業 ・ その他

記載日：　年　月　日　　ケア実施担当者：（　　）

☐上記の内容について、杵築市・利用施設に情報提供することに同意します。

R8年４月改訂