様式第4号（第14条関係）
福岡県共通様式2号

芦屋町産後ケア事業実施結果報告書

年　　月　　日

芦屋町長　宛

事業所名
住所
連絡先　　（担当者名　　）

芦屋町産後ケア事業として、下記のケアを実施しましたので報告します。

（ふりがな） 氏　名		生年月日	年　月　日　歳	多胎利用	□ 有（加算：　人※） □ 無　※例　双子の場合「1人」
住　所	福岡県　　市 町村	（連絡先　　）		世帯区分	□ 課税(A) □ 非課税(B)　□ 生保(C)
（ふりがな） こどもの名	（生年月日：　年　月　日・第　子）				

利用月日		利用区分と時間	ケア内容（※実施したケア内容番号にチェック）	母子手帳記載	サイン 事業者	サイン 利用者
		□宿泊□通所□通所(短)□訪問 （　：　～　：　）	□① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪（　　）	□済		
		□宿泊□通所□通所(短)□訪問 （　：　～　：　）	□① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪（　　）	□済		
		□宿泊□通所□通所(短)□訪問 （　：　～　：　）	□① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪（　　）	□済		
		□宿泊□通所□通所(短)□訪問 （　：　～　：　）	□① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪（　　）	□済		
		□宿泊□通所□通所(短)□訪問 （　：　～　：　）	□① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪（　　）	□済		
		□宿泊□通所□通所(短)□訪問 （　：　～　：　）	□① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪（　　）	□済		
		□宿泊□通所□通所(短)□訪問 （　：　～　：　）	□① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪（　　）	□済		
		□宿泊□通所□通所(短)□訪問 （　：　～　：　）	□① □② □③ □④ □⑤ □⑥ □⑦ □⑧ □⑨ □⑩ □⑪（　　）	□済		

【ケア内容番号】
①母体の管理及び生活面に係る指導
②乳房のケア又は乳房トラブルに関する相談支援
③授乳方法の指導
④離乳食に関する相談支援
⑤乳児の沐浴方法の指導
⑥乳児の発育及び発達に関する相談支援及び指導
⑦乳児の体重及び排せつの観察
⑧乳児のスキンケアに関する相談支援
⑨産婦の不安等に関する相談支援
⑩在宅での子育てに関する相談支援及び指導
⑪その他必要な保健指導(内容を記入)

助産師等指導の実施結果・所見

育児支援者：□無　□有➡（□夫・パートナー　□実父母　□義父母　□その他（　　））

エジンバラ：□未実施□実施□他機関実施：　点（　／　）　　ボンディング：□未実施□実施□他機関実施：　点（　／　）

芦屋町への引継ぎ事項

□ 継続支援必要
（該当する項目にチェック）➡□発育・発達　□育児支援者不足　□育児不安　□養育態度　□訴えが多い　□その他（　　）
└ □ 至急連絡済➡（報告日時：　月　日　時　分：　　課　　様宛）

□ 継続支援不要

※サービス終了後、すみやかに作成してください。
※エジンバラ・ボンディングを実施した場合は、原本を添付してください。