

産婦健康診査情報提供結果報告書

年 月 日

御中

保健福祉センター

担当者名

電話番号

情報提供いただきありがとうございました。下記のとおり支援させていただきましたので、ご報告いたします。

ふりがな 子どもの氏名	(男・女)	年 月 日生 生後()日
ふりがな 母の氏名		年 月 日生 ()歳
住所		
連絡先	(自宅)	(携帯)

保健福祉センターでの対応 (該当するものすべてに☑)	☐ 家庭訪問 【 年 月 日() 】	
	☐ 面接・電話 【 年 月 日() 】	
	☐ その他 []	
支援時の状況	<母親の様子> ☐ 食欲 (有・無)・睡眠 (有・無) ☐ 疲労感・気分の不調(有・無) EPDS 点 ☐ 乳房トラブル(有・無) ☐ 育児手技(良好・不良) (不良の場合、具体的に) [] ☐ その他 []	<子どもの様子> ☐ 体重 g(1日増加量 g) ☐ 授乳 (母乳・混合・ミルク) ☐ 排尿 回・排便 回 ☐ 皮膚の異常 (無・有 →) ☐ 機嫌・活気 (良・不良) ☐ その他 []
	<育児環境> ☐ 経済状況(安定・不安定) ☐ 育児の協力者・相談相手(無・有 →) ☐ その他 []	
相談内容		
支援内容	☐ こんにちは赤ちゃん事業による指導 有・無 ☐ スマイルママ・ホッと事業(産後ケア事業) 利用 有・無 ☐ 育児支援ヘルパー派遣事業 利用 有・無 ☐ その他 []	
今後の方針	継続支援 (不要・要) (「要」の場合)→	
医療機関・助産所への 連絡事項		

※医療機関・助産所への情報提供について、本人・家族(夫・_____)の了解(有・無)