豊後大野市　産後ケア　サポートプラン

今回申請内容	出産日	年　月　日　初産・経産			
	出産した施設				
	産後ケア事業利用施設				
	利用内容	☐ 宿泊型	◯　/　～　/	これまでの利用回数	◯
		☐ デイサービス型	◯　/		◯
		☐ アウトリーチ型	◯　/		◯

産婦	かな 氏名			産後 ヶ月
	連絡先			
乳児	かな 名のみ		第　子	授乳方法 ☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 人工乳
	生年月日	R　年　月　日　生		

目標	

利用目的 知りたいこと・身につけたいこと	産後ケア実施計画　／　セルフチェックリスト （あてはまるものに　実施前：市職員　実施後：施設職員と一緒に☑してください）	できた	実施内容		産後ケア実施結果（★施設記入欄） ※特に重点的に実施した項目は☑の横に「〇」を記載
1.自分自身の心身の健康管理の方法を理解できる。	☐ 産後の母体回復の目安と過ごし方がわかる。	☐	☐		【申し送り事項】
	☐ 休息のとり方がわかる。	☐	☐		
	☐ 必要な栄養が摂取できる工夫がわかる。	☐	☐		
	☐ 産後の心身の健康について不安なことを相談できる。	☐	☐		
2.安心して自宅で生活できる。	☐ 家族の育児・家事のやり方・分担について相談する	☐	☐		
	☐ 自宅での赤ちゃんとの生活・1日の過ごし方を考える	☐	☐		
	☐ 家族以外の家事・育児の協力者・サービスの利用を考える。	☐	☐		
3.赤ちゃんの健康状態の観察ﾎﾟｲﾝﾄが理解できる。	☐ 赤ちゃんの健康状態の観察ポイントがわかる	☐	☐		
	☐ 赤ちゃんの受診が必要な時がわかる	☐	☐		
	☐ 赤ちゃんの発育・発達の確認方法がわかる	☐	☐		
4.赤ちゃんの成長発達段階に合わせた対応が出来る。	☐ 赤ちゃんの清潔を保つことができる（沐浴・お風呂）	☐	☐		
	☐ 授乳のタイミング、必要な補足量がわかる。	☐	☐		
	☐ 赤ちゃんのスキンケアの方法がわかる。	☐	☐		
	☐ 赤ちゃんが泣いたときの対応や関わり方がわかる。	☐	☐		
	☐ おむつ交換の方法やタイミングがわかる。	☐	☐		
	☐ 月齢に応じた関わりや遊びがわかる。	☐	☐		
5.育児の不安や困りを相談できる。	☐ 育児について不安なことを相談する。	☐	☐		
	☐ 今後の育児の相談先がわかる。	☐	☐		
6.乳房ケアについて理解できる。	☐ 乳房の状態について心配なことを相談する。	☐	☐		
	☐ 乳房トラブル予防の方法がわかる。	☐	☐		

記入者　（　　）

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　☐ その他

☐ 豊後大野市から実施機関に対して必要な個人情報を提供すること、及び施設が豊後大野市に対して必要な個人情報を報告すること

☐ 利用に当たり、豊後大野市産後ケア事業利用承認（不承認）通知書に記載された自己負担額を利用施設に対して支払うこと

☐ 申込済みの利用日を、やむを得ず変更またはキャンセルする場合は、速やかに利用施設または豊後大野市役所子育て支援課に連絡すること

☐ 事業対象外の経費（オムツやミルクなど消耗品費用）や、きょうだい児の受け入れに係る費用は、施設の別途請求に応じ支払うこと

同意します。