

様式第2号（第8条関係）

平生町産後ケア事業（アウトリーチ型）依頼票

利用者	氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所	平生町	【家族状況】	
	訪問先住所	自宅・自宅外（ 宅）		
	電話番号			
緊急連絡先	氏名（続柄） 電話番号			
子の氏名		生年月日	年 月 日（ か月）	
出産医療機関				
出産時の状況	妊娠期間：妊娠 週 日 分娩経過：□頭位 □骨盤位 □その他（ ） 体重： g 身長： cm			
退院時の状況	退院日：平成 年 月 日（生後 日） 体重： g 栄養法：母乳 ・ 混合 ・ 人工乳（ ）ml × 回			
現在の状況・利用目的	□産後の心身不調	<input type="checkbox"/> 身体のある痛みがある（乳房・外陰・手術創・痔・腰・その他（ ）） <input type="checkbox"/> 出産時の出血多量（貧血） <input type="checkbox"/> 出産、手術の疲労が回復しない <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS） _____点 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	□育児不安	<input type="checkbox"/> 授乳がうまくいかない（乳房トラブル、授乳間隔が長い・短い、授乳しても泣きやまない） <input type="checkbox"/> 子どもの体重の増えが心配 <input type="checkbox"/> 育児が辛い <input type="checkbox"/> NICUの入院など、子どもと離れている時間が長かった <input type="checkbox"/> 育児の指導を受けたい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
支援内容	<input type="checkbox"/> 産婦の身体的ケア及び保健指導、栄養指導 <input type="checkbox"/> 育児の手技についての具体的な指導及び相談 <input type="checkbox"/> 産婦の心理的ケア <input type="checkbox"/> 生活の相談、支援 <input type="checkbox"/> 適切な授乳ができるためのケア <input type="checkbox"/> その他			
利用内容	医療機関名：			
	利用日： 年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）			
	利用日数： 日間			