

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： c m		
退院時の状況		退院日： 年 月 日（生後 日） 体 重： g 栄養法： 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳（ ） m l × 回		
現 在 の 状 況 ・ 利 用 目 的	□産後の心身不調	☐ 身体の痛みがある（乳房・外陰・手術創・痔・腰・その他（ ）） ☐ 出産時の出血多量（貧血） ☐ 出産、手術の疲労が回復しない ☐ エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS） _____ 点 ☐ その他（ ）		
	□育児不安	☐ 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） ☐ 子どもの体重の増えが心配 ☐ 育児が辛い ☐ NICUの入院など、子どもと離れている時間が長かった ☐ 育児の指導を受けたい ☐ その他（ ）		
支 援 内 容	☐ 産婦の身体的ケア及び保健指導、栄養指導 ☐ 育児の手技についての具体的な指導及び相談 ☐ 産婦の心理的ケア ☐ 生活の相談、支援 ☐ 適切な授乳ができるためのケア ☐ 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		