

記入例

様式第7号（第10条関係）

年 月 日

（宛先）下関市長

受託機関 所在地 下関市〇〇町〇〇丁目〇〇
名称 〇〇〇産婦人科医院
代表者 〇〇 〇〇

下関市産後ママとベビーのためのケア事業実施報告書

標記事業について、次のとおり実施しましたので報告します。

利用者氏名	〇〇 〇〇	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
住所	下関市〇〇町〇〇丁目〇〇		
子の氏名	〇〇〇		
利用種別及び期間	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型	R8年5月1日（10時00分～12時00分）	
	<input checked="" type="checkbox"/> 日帰り型	R8年5月1日（10時00分～15時00分）	
	<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型	R8年5月1日～ R8年5月2日 (1泊2日)	
保健指導の内容 (該当するものに チェックをしてく ださい。)	<input checked="" type="checkbox"/> 母親の母体管理及び生活面の指導・助言 <input checked="" type="checkbox"/> 乳房管理 <input checked="" type="checkbox"/> 沐浴指導、授乳等の育児指導・助言 <input checked="" type="checkbox"/> 新生児・乳児の世話、発育・発達等のチェック <input checked="" type="checkbox"/> 育児相談や子育て情報の提供 <input type="checkbox"/> その他の保健指導・助言 ()		
母の状況	〇〇〇〇〇〇〇〇		
子の状況	〇〇〇〇〇〇〇〇		
助産師等実施 結果・所見	〇〇〇〇〇〇〇〇		
継続支援の必要	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり	その理由	〇〇〇〇
引継事項			

令和8年度から実施時間帯もご記載ください。
訪問型は2時間程度、日帰り型は4時間以上で実施し、ご記載ください。