様式第４号（第10条関係）

年　　月　　日

琴平町長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　※代表者による署名に代えて、

記名押印することもできます。

琴平町産後ケア事業実施結果報告書

次の利用者に対し、産後ケア事業を実施したので、実施結果を報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者住所 |  | | | |
| 利用者氏名 |  | | 子の氏名 |  |
| 種類・日数 | □宿泊型 | 年　月　日～　年　月　日（　日間） | | |
| □デイサービス型 | 年　月　日～　年　月　日（　日間） | | |
| □アウトリーチ型 | 年　月　日～　年　月　日（　日間） | | |
| 保健指導の内容 | □母体管理　□生活指導　□乳房管理　□沐浴指導  □授乳等の育児指導　□その他の保健指導（　　　　　　） | | | |
| 母子の状況に関する所見 |  | | | |
| 医師又は助産師の実施結果・所見 | 担当者名 | | | |
| 引継事項 | 継続支援の要否　　□要　　　　□否 | | | |
| 備考 |  | | | |

　　※利用者が負担する事業の利用料は無料