様式第7号(第12条関係)

上士幌町産前産後ケア事業実施結果報告書

年　　月　　日

（報告先）上士幌町長

所在地
利用機関名
代表者名

次のとおり産前産後ケア事業を実施したので報告します。

利用者の氏名		生　年　月　日	年　月　日
住所	上士幌町字		
児の氏名		生　年　月　日	年　月　日
		生　年　月　日	年　月　日
		生　年　月　日	年　月　日
利用期間	年　月　日　から　年　月　日		
保健指導の内容 ※該当する項目に☑及び実施回数を入れてください。	□　産前ケア（　回） □お産の経過と身体づくり □授乳について □産後の生活指導 □新生児の特徴と沐浴指導 □その他（　） □　産後ケア □訪問型（　回） □来所型（　回） □デイサービス型（　回） □　実施内容 □健康状態について □心理ケアについて □母体ケア（乳房の手当てやトラブルケア等） □育児（授乳や沐浴等）について □心身の疲労による休養 □児の発育発達について □その他（　）		
実施結果・所見及び特記事項等			

（お問合せ・送付先）

〒080-1408　北海道河東郡上士幌町字上士幌東３線２３６番地（ふれあいプラザ内）

上士幌町保健福祉課健康増進担当　電話０１５６４－２－４１２８