

雲仙市産後ケア利用券兼実施報告書 (デイケア・訪問) 1回目

太枠内は本人がボールペンでご記入ください。この券を利用できる方は雲仙市内に住民票がある産婦の方です。

| | | | | |
|-----------|------------|----------|------------------------|----------------------|
| 産後ケア受付No. | | 自己負担額 | 0 | デイケア 950円 訪問 600円 |
| 産婦 | フリガナ 氏名 | 生年 月日 | 昭和 平成 年 月 日 (歳) | |
| 子 | フリガナ 氏名 | 生年 月日 | 令和 年 月 日 (か月) | 男・女/第 子 |
| 住所 | 雲仙市 町 | Tel | 携 帯 (自宅) | |
| 相談したいこと | | | | |

上記産婦の産後ケアを依頼します。

雲仙市長 金澤 秀三郎



*以下実施機関記入欄

| 利用日 | 年 月 日 | 子の 月 齢 | 利用 種別 | デイケア・訪問 |
|-------------|--|---|----------|---------|
| 産後ケアの 内容 | <input type="checkbox"/> 産婦の心身のケア <input type="checkbox"/> 産婦の乳房管理 <input type="checkbox"/> 乳児のケア及び発育/発達等の管理 <input type="checkbox"/> 沐浴/授乳方法等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他必要な保健指導 | | | |
| ◆利用時の状況 | | | | |
| 産婦 | 授乳状況 | <input type="checkbox"/> 母乳分泌不十分感 <input type="checkbox"/> 乳頭トラブル <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 断乳ケア <input type="checkbox"/> ミルクの足し方がわからない <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 身体・ 情緒面 | <input type="checkbox"/> 体調・気分がすぐれない <input type="checkbox"/> 休みたい <input type="checkbox"/> 漠然とした不安がある <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 支援者がいない <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 児 | 授乳状況 | <input type="checkbox"/> 母乳を思うように飲んでくれない <input type="checkbox"/> 哺乳力が弱い <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 身体・ 情緒面 | <input type="checkbox"/> 体重増加不良 <input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> 機嫌が悪い <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 連絡事項 | | | | |
| 委託機関 住 所 | | | | |
| 名 称 | | | | |
| 氏 名 | | | | |

委託機関様へ：請求書にこの産後ケア利用券を添えて翌月15日までに下記までご提出ください。

<連絡先> 雲仙市子ども支援課 Tel：0957-47-7874

雲仙市産後ケア利用券兼実施報告書 (デイケア・訪問) 2回目

太枠内は本人がボールペンでご記入ください。この券を利用できる方は雲仙市内に住民票がある産婦の方です。

| | | | | |
|-----------|------------|----------|------------------------|----------------------|
| 産後ケア受付No. | 0 | 自己負担額 | 0 | デイケア 950円 訪問 600円 |
| 産婦 | フリガナ 氏名 | 生年 月日 | 昭和 平成 年 月 日 (歳) | |
| 子 | フリガナ 氏名 | 生年 月日 | 令和 年 月 日 (か月) | 男・女/第 子 |
| 住所 | 雲仙市 町 | Tel | 携 帯 (自宅) | |
| 相談したいこと | | | | |

上記産婦の産後ケアを依頼します。

雲仙市長 金澤 秀三郎



*以下実施機関記入欄

| 利用日 | 年 月 日 | 子の 月 齢 | 利用 種別 | デイケア・訪問 |
|-------------|--|---|----------|---------|
| 産後ケアの 内容 | <input type="checkbox"/> 産婦の心身のケア <input type="checkbox"/> 産婦の乳房管理 <input type="checkbox"/> 乳児のケア及び発育/発達等の管理 <input type="checkbox"/> 沐浴/授乳方法等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他必要な保健指導 | | | |
| ◆利用時の状況 | | | | |
| 産婦 | 授乳状況 | <input type="checkbox"/> 母乳分泌不十分感 <input type="checkbox"/> 乳頭トラブル <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 断乳ケア <input type="checkbox"/> ミルクの足し方がわからない <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 身体・ 情緒面 | <input type="checkbox"/> 体調・気分がすぐれない <input type="checkbox"/> 休みたい <input type="checkbox"/> 漠然とした不安がある <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 支援者がいない <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 児 | 授乳状況 | <input type="checkbox"/> 母乳を思うように飲んでくれない <input type="checkbox"/> 哺乳力が弱い <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 身体・ 情緒面 | <input type="checkbox"/> 体重増加不良 <input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> 機嫌が悪い <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 連絡事項 | | | | |
| 委託機関 住 所 | | | | |
| 名 称 | | | | |
| 氏 名 | | | | |

委託機関様へ：請求書にこの産後ケア利用券を添えて翌月15日までに下記までご提出ください。

<連絡先> 雲仙市子ども支援課 Tel：0957-47-7874

雲仙市産後ケア利用券兼実施報告書 (宿泊ケア) 1回目

太枠内は本人がボールペンでご記入ください。この券を利用できる方は雲仙市内に住民票がある産婦の方です。

| | | | |
|-----------|-----------------------|----------|---------------------------|
| 産後ケア受付No. | #REF! | 自己負担額 | 母子利用 3,000円 母のみ 2,000円 |
| 産婦 | フリガナ 氏名 | 生年 月日 | 昭和 平成 年 月 日 (歳) |
| 子 | フリガナ 氏名 男・女/第 子 | 生年 月日 | 令和 年 月 日 (か月) |
| 住所 | 雲仙市 町 | Tel | 携 帯 (自宅) |
| 相談したいこと | | | |

上記産婦の産後ケアを依頼します。

雲仙市長 金澤 秀三郎



*以下実施機関記入欄

| 利用日 | 年 月 日 | 子の 月 齢 | 利用 種別 | 母子利用 母のみ |
|-------------|--|---|----------|-------------|
| 産後ケアの 内容 | <input type="checkbox"/> 産婦の心身のケア <input type="checkbox"/> 産婦の乳房管理 <input type="checkbox"/> 乳児のケア及び発育/発達等の管理 <input type="checkbox"/> 沐浴/授乳方法等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他必要な保健指導 | | | |
| ◆利用時の状況 | | | | |
| 産婦 | 授乳状況 | <input type="checkbox"/> 母乳分泌不十分感 <input type="checkbox"/> 乳頭トラブル <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 断乳ケア <input type="checkbox"/> ミルクの足し方がわからない <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 身体・ 情緒面 | <input type="checkbox"/> 体調・気分がすぐれない <input type="checkbox"/> 休みたい <input type="checkbox"/> 漠然とした不安がある <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 支援者がいない <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 児 | 授乳状況 | <input type="checkbox"/> 母乳を思うように飲んでくれない <input type="checkbox"/> 哺乳力が弱い <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 身体・ 情緒面 | <input type="checkbox"/> 体重増加不良 <input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> 機嫌が悪い <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 連絡事項 | | | | |
| 委託機関 住 所 | | | | |
| 名 称 | | | | |
| 氏 名 | | | | |

委託機関様へ：請求書にこの産後ケア利用券を添えて翌月15日までに下記までご提出ください。

<連絡先> 雲仙市子ども支援課 Tel: 0957-47-7874

雲仙市産後ケア利用券兼実施報告書 (宿泊ケア) 2回目

太枠内は本人がボールペンでご記入ください。この券を利用できる方は雲仙市内に住民票がある産婦の方です。

| | | | |
|-----------|-----------------------|----------|---------------------------|
| 産後ケア受付No. | #REF! | 自己負担額 | 母子利用 3,000円 母のみ 2,000円 |
| 産婦 | フリガナ 氏名 | 生年 月日 | 昭和 平成 年 月 日 (歳) |
| 子 | フリガナ 氏名 男・女/第 子 | 生年 月日 | 令和 年 月 日 (か月) |
| 住所 | 雲仙市 町 | Tel | 携 帯 (自宅) |
| 相談したいこと | | | |

上記産婦の産後ケアを依頼します。

雲仙市長 金澤 秀三郎



*以下実施機関記入欄

| 利用日 | 年 月 日 | 子の 月 齢 | 利用 種別 | 母子利用 母のみ |
|-------------|--|---|----------|-------------|
| 産後ケアの 内容 | <input type="checkbox"/> 産婦の心身のケア <input type="checkbox"/> 産婦の乳房管理 <input type="checkbox"/> 乳児のケア及び発育/発達等の管理 <input type="checkbox"/> 沐浴/授乳方法等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他必要な保健指導 | | | |
| ◆利用時の状況 | | | | |
| 産婦 | 授乳状況 | <input type="checkbox"/> 母乳分泌不十分感 <input type="checkbox"/> 乳頭トラブル <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 断乳ケア <input type="checkbox"/> ミルクの足し方がわからない <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 身体・ 情緒面 | <input type="checkbox"/> 体調・気分がすぐれない <input type="checkbox"/> 休みたい <input type="checkbox"/> 漠然とした不安がある <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 支援者がいない <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 児 | 授乳状況 | <input type="checkbox"/> 母乳を思うように飲んでくれない <input type="checkbox"/> 哺乳力が弱い <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 身体・ 情緒面 | <input type="checkbox"/> 体重増加不良 <input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> 機嫌が悪い <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 連絡事項 | | | | |
| 委託機関 住 所 | | | | |
| 名 称 | | | | |
| 氏 名 | | | | |

委託機関様へ：請求書にこの産後ケア利用券を添えて翌月15日までに下記までご提出ください。

<連絡先> 雲仙市子ども支援課 Tel: 0957-47-7874