

産後ケア事業実施結果報告書

（宛先）周南市長

住 所

氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名〕

次のとおり利用者に対して産後ケア事業を実施したので報告します。

承認番号	利用者氏名		
事業の種類	ショートステイ	デイケア	
利用期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日	年 月 日
保健指導の内容 （該当するものに○印をつけてください。）	1 産婦の母体管理及び生活面の指導 2 授乳、乳房ケア等の母乳育児指導 3 乳児の清潔の保持、排泄ケア等の育児指導 4 その他必要な保健指導 （具体的な内容）		
実施結果・所見	※必要に応じて別資料添付のこと。		