**別紙④**　**災害時の母子ケア実施記録票**　　　　　　支援日　：　　　　年　　　月　　　日

支援場所：避難所（　　　　　　　　　　　　）　　 訪 問 　　　（自宅・その他　　　　　　　　　）

母子手帳　（　有　・　無　）　　　　　　　　　　担当助産師　（　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな母の氏名 |  | 妊娠　　　週　　　　予定日（　　　　　　　）産後　　　ヶ月　　　日 |
| 分娩施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 昭和・平成　　年　　月　　日生（　　　才）　職業 |
| ふりがな父の氏名 |  | 昭和・平成　　年　　月　　日生　（　　　才） |
| 職業 |
| 現住所・ＴＥＬ |
| 〈家族構成・状況〉＊子の氏名・年齢（生年月日） | ＜生活状況＞・ライフライン（電気・水道・ガス・通信）・不足しているもの |
| **◎主訴** |
| **母　　体** | **子**（　　　才　　ヶ月　　日　）第　　子　　在胎　　　週・出生体重　　　　　ｇ |
| 既往歴・妊娠経過・分娩歴現在の体調：現病歴：無・有（　　　　　　　　　　　　　　）内服薬：無・有（　　　　　　　　　　　　　　）食　欲：不変・亢進・低下睡　眠：良・不良血　圧：　　　/排　便：　　　回/　　　日アレルギー：無・有（　　　　　　　　　　　　）気持ちの変化など母乳分泌の状態：乳房の状態 |
| 本日の体重　　　　　　g栄養：母乳　　　　　回　　　ミルク　　　　ｍｌ×　　　回　　　離乳食哺乳力・食欲　：　良・不良排泄：尿　　　回／　　日便　　　回／　　日体温：　　　　℃皮膚：アレルギー：無・有（　　　　　　　　　　）機嫌： |
| 支援内容継続支援連絡：無・有（　　　　　　　　　　） |

※記録票は、原則として対象者に渡す。

**別紙⑤　　災害時の母子ケア実施記録票**　ＮＯ，　　　　　　　年　　　月　　　日

母の氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　子の氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 母の状況 | 子の状況 |
| 体　調：食　欲：不変・亢進・低下睡　眠：良・不良排　便：　　　回/　　　日気持ちの変化など：母乳分泌の状態：乳房の状態 | 本日の体重　　　　　　g栄養：母乳　　　　　回　　　ミルク　　　ｍｌ×　　　回　　　離乳食哺乳力・食欲：　良・不良排泄：尿　　　回／　　日便　　　回／　　日体温：　　　　℃皮膚：機嫌： |
| ＜支援内容＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当助産師（　　　　　　　　） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 母の状況 | 子の状況 |
| 体　調：食　欲：不変・亢進・低下睡　眠：良・不良排　便：　　　回/　　　日気持ちの変化など：母乳分泌の状態：乳房の状態 | 本日の体重　　　　　　g栄養：母乳　　　　　回　　　ミルク　　　ｍｌ×　　　回　　　離乳食哺乳力・食欲：　良・不良排泄：尿　　　回／　　日便　　　回／　　日体温：　　　　℃皮膚：機嫌： |
| ＜支援内容＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当助産師（　　　　　　　　） |

※記録票は、原則として対象者に渡す。

**別紙⑥**　　**災害時の母子ケア実施記録票**　ＮＯ，

母の氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　子の氏名：

要支援（母・子）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月日 | 訴え・観察項目 | 支援内容 | 支援者名 |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※記録票は、原則として対象者に渡す。