

災害時の母子ケア実施記録票

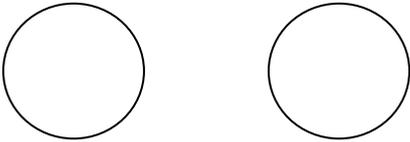
支援日：平成 年 月 日

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		昭和・平成 年 月 日生 才 職業
ふりがな 父の氏名		妊娠 週 予定日（ ） 産後 ヶ月 日 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： 内服薬： 食 欲： 良・不良 睡 眠： 良・不良 血 圧： / 排 便： 回/ 日 アレルギー：無・有（ ） 精神状態（表情・訴え・声のトーン、など） 母乳分泌：良・不良 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： °C 皮膚： アレルギー：無・有（ ） 機嫌、精神状態 支援内容・反応・客観的異常など 要支援（母・子）

※記録票は、原則として対象者に渡す。

災害時支援 報告書

助産師 氏名 ()

支援年月日	年 月 日 ()
支援時間	時 分～ 時 分
支援場所	避難所 () 訪問 (自宅・その他) ()
支援内容 相談者 (名)	・妊婦の身体面 (件)・妊婦の精神面 (件)・乳房管理 (件) ・母の身体面 (件)・母の精神面 (件)・育児面 (件) ・乳幼児の身体、発育面 (件) ・その他
困ったこと 気づいたこと 改善点 など	

助産師 氏名 ()

支援年月日	年 月 日 ()
支援時間	時 分～ 時 分
支援場所	避難所 () 訪問 (自宅・その他) ()
支援内容 相談者 (名)	・妊婦の身体面 (件)・妊婦の精神面 (件)・乳房管理 (件) ・母の身体面 (件)・母の精神面 (件)・育児面 (件) ・乳幼児の身体、発育面 (件) ・その他
困ったこと 気づいたこと 改善点 など	

* 支援終了後、千葉県助産師会の災害対策本部に提出をお願いします。