

災害時の母子ケア実施記録票

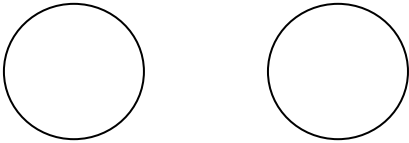
支援日：平成 年 月 日

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）

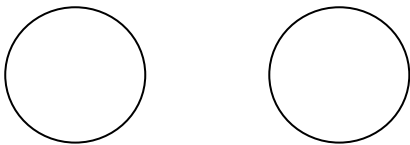
※記録票は、原則として対象者に渡す。

災害時の母子ケア実施記録票 NO. \_\_\_\_\_

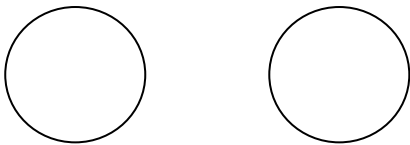
平成 年 月 日

母の氏名：

子の氏名：

母の状況	子の状況
体調： 食欲： 良・不良 睡眠： 良・不良 排便： 回/ 日 精神状態  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： 機嫌、精神状態
<支援内容>	
担当助産師 ( )	

平成 年 月 日

母の状況	子の状況
体調： 食欲： 良・不良 睡眠： 良・不良 排便： 回/ 日 精神状態  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： 機嫌、精神状態
<支援内容>	
担当助産師 ( )	

※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。