第 12号様式

産後ケア事業実施基本計画書

1　施設基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 施設住所 |  |

2 管理者および責任者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏名 | 資格又は職種 | 所属・役職 |
| 施設管理者 |  |  |  |
| 宿泊型実施責任者 |  |  |  |
| 通所型実施責任者 |  |  |  |
| 訪問型実施責任者 |  |  |  |

（助産所の場合のみ記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 嘱託医師名 |  |
| 所属医療機関名 |  |
| 連携医療機関名 |  |

※出張専門で嘱託医師がいない場合は以下を確認し☑すること。

□訪問型でのケアを実施する際、必要時に近隣医療機関と連携をとることができる。

３ 産後ケア事業の予約

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者・部署等 |  |
| 予約受付方法 | □電話　□メール　□ホームページの予約フォーム  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号等 | 予約電話番号：  問合せ電話番号：  メールアドレス：  ホームページURL: |
| 対応可能曜日 | □月曜日　□火曜日　□水曜日　□木曜日　□金曜日  □土曜日　□日曜日 |
| 対応可能時間 |  |

４ 産後ケア事業の従事者（従事可能な職員数を記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 宿泊型・通所型 | 訪問型 |
| 助産師 ※ | 人 | 人 |
| 看護師 | 人 |  |
| 保健師 | 人 |  |
| 心理士、保育士等 | 人 |  |

※産後ケア実施時間内に、本事業に従事できる助産師1名以上の配置が必須

５ 産後ケア事業の受入可能な対象者（※本事業の委託料内で実施）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 宿泊型 | 通所型 | 訪問型 |
| 児の月齢 | □０～４か月程度  □０～６か月程度  □０～１歳以内 | □０～４か月程度  □０～１歳以内 | □０～４か月程度  □０～１歳以内 |
| 多胎児の受入 | □可　　　□不可 | □可　　　□不可 | □可　　　□不可 |

６ 施設情報　（宿泊型・通所型実施施設）

|  |  |
| --- | --- |
| 産後ケア事業で利用可能な居室　　（病室）の最大数  ※母子１組当たり6.3㎡以上の個室 | 室 |
| 固定型のパーテーション等で区切られた母子１組当たり6.3㎡以上の  スペース（通所型のみ） | 室 |
| 入浴施設 | □有　　　　　　　□無 |
| その他設備 | □母子の寝具　　　□沐浴指導設備  □授乳スペース　　□児の体重測定場所 |

７ 対応地域　（訪問型実施施設）

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問可能な範囲 | □　名古屋市内　全域  □　名古屋市内　一部地域 |