契約書様式第６号

**仙台市産後ケア事業24時間365日相談受入体制整備　相談記録票**

事業者名【　　　　　　　　　　　　　　　　　】

|  |  |
| --- | --- |
| 相談日時 | 年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　～　　： |
| 相談者情報 | □匿名　　□名乗りあり➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □母本人　□家族・親族　□分娩取扱医療機関　□その他（　　　　） |
| 電話番号（聴取した場合）： |
| 住所（聴取できた場合）： |
| 子について：第　　　子／月齢・年齢（　　　　　　） |
| 対応者氏名 |  |
| 電話相談 | 電話相談のみで終結した場合  　➡区・支所への報告　要／不要　➡　□報告済 |
| 相談内容 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 相談後 | □通常時間帯での産後ケア利用  □産後ケア緊急受入 ➡ 自施設／他施設（　　　　　　　　　　）  　➡仙台市産後ケア事業利用歴　あり／なし→アセスメント実施  　　　□アセスメント  　　　□チェックシート  　➡区・支所への電話報告（　　月　　日　　時　　分） |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |