

(様式4)

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： 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 ()	

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 ()	

具体的な支援内容