

(様式4)

災害時の母子ケア実施記録票

N O. _____

年 月 日		母の氏名：
母の状況		子の状況
体 調：		本日の体重 g
食 欲： 良・不良		栄養：母乳 回
睡 眠： 良・不良		ミルク ml × 回
排 便： 回/ 日		離乳食
精神状態		哺乳力・食欲： 良・不良
		排泄：尿 回/ 日
		便 回/ 日
母乳分泌：良・不良		体温： °C
乳房の状態		皮膚：
		機嫌、精神状態
〇 〇		
〈支援内容〉		
担当助産師 ()		

具体的な支援内容

年 月 日		母の氏名：
母の状況		子の状況
体 調：		本日の体重 g
食 欲： 良・不良		栄養：母乳 回
睡 眠： 良・不良		ミルク ml × 回
排 便： 回/ 日		離乳食
精神状態		哺乳力・食欲： 良・不良
		排泄：尿 回/ 日
		便 回/ 日
母乳分泌：良・不良		体温： °C
乳房の状態		皮膚：
		機嫌、精神状態
〇 〇		
〈支援内容〉		
担当助産師 ()		