

産後ケア事業実施基本計画書

■基本情報について

施設名称 (ホームページ等表示用)		
実施施設住所 (ホームページ等表示用)		
電話番号 (ホームページ等表示用)	(利用者からの利用申込みの受付電話番号を記入してください。電話以外の受付方法がある場合も記入してください。)	
施設管理者 (職名・氏名)		
事業責任者 (職名・氏名)		
実施方針	(ショートステイ)	
	(デイケア)	
サービス実施内容	<input type="checkbox"/> ショートステイ(宿泊型)	<input type="checkbox"/> デイケア(通所型)
事業者が定める額 ※自己負担額を含む金額を記入	1泊当たり	1日 6時間あたり
利用料	円	円
多胎加算分	円	円
受入可能な月齢 (ホームページ等表示用)	産後 か月～ か月未満	産後 か月～ か月未満
1日の受入可能な人数	人	人
施設全体の1日の受入可能な人数 (ショートステイ・デイケアの1日の最大受入人数)	人	
居室の種類	個室のみ / その他()	個室のみ / その他()
定休日		
備考	(居室の種類や対応地域についての備考のほか、利用者へ事前周知したい事項を記載してください)	

■施設情報

施設概要		造	階建ての	階部分	病棟
入所室(病室)・居室 母子1組あたり床面積6.3㎡以上 ※実施施設の建物平面図を添付してください。		1()㎡	ショートステイ デイケア	2()㎡	ショートステイ デイケア
		3()㎡	ショートステイ デイケア	4()㎡	ショートステイ デイケア
設備	設備	(該当するものに○をしてください) 授乳スペース / 人数分ベッド(大人用・小児用) / 沐浴指導設備 / 避難経路 / 非常口 / 火災報知設備 / 防災物品 / 空調設備			
	入浴施設	(該当するものに○をしてください) シャワー室 / 浴室(浴槽あり)			
食事の提供方法		(該当するものにチェックをしてください) <input type="checkbox"/> 施設内にて調理を実施 <input type="checkbox"/> 飲食店等から食事を調達(<input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 施設外)			
離乳食の提供		可 / 不可			
食事のアレルギー対応		可(大人用・小児用) / 不可 / 一部可(要相談)			
飲食店等の店舗の名称及び所在地 (施設内外の飲食店等から食事を調達する 場合)		店舗の名称 所在地			
調理(調達)から 食事までの時間		時間			
調理(調達)から食事までの間の保存方法 ※衛生面での配慮(食中毒予防等)					

■実施体制

職員の配置計画 ※デイケアは正午、 ショートステイ(夜間) は午前0時の職員数を それぞれ記載してく ださい。	資格	配置職員数		勤務体制	
		常勤	非常勤	デイケア	ショートステイ(夜間)
	助産師	人	人	人	人
	保健師	人	人	人	人
	看護師	人	人	人	人
	心理士	人	人	人	人
	(その他)	人	人	人	人
	合計人数	人	人	人	人

■事務管理 ※実施、又は実施予定の項目にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	従事者は定期健康診断を実施している
<input type="checkbox"/>	苦情処理を適切に実施している
<input type="checkbox"/>	個人情報を適切に管理している
<input type="checkbox"/>	会計書類を適切に文書管理している
<input type="checkbox"/>	人事労務関係書類を適切に保管している
<input type="checkbox"/>	事業実施マニュアルや安全管理マニュアルがある

■その他参考

業務委託内容外の提供サービス	(施設独自のサービス提供している場合、別途、利用者からサービス料を徴収してください。) 有 内容・料金等()
子の兄弟の同伴受入	(1歳を超える子は、産後ケア対象ではなく、施設独自の受入・サービス提供となります。 利用料や食事代は別途、利用者から徴収してください。) 可 / 不可 / 一部可(要相談)
利用料の支払い方法	現金のみ / クレジットカード利用可 / その他方法()