＜**記録＞**

別紙①（初回時）観察内容であり、ご本人に渡し、搬送時や観察時に使用する。

別紙②はご本人にお渡しする。

別紙③④は速やかに埼玉県助産師会災害対策室へ提出（会議での使用や翌日支援員への伝達等にも使用）

別紙⑤～⑨は、埼玉県指定の記録用紙を使用し提出する。

＊記録は必ず記載し、災害対策室へ提出する。

災害対策室は、記録を埼玉県に提出する。✉アドレス（医療人材課　[a3560@pref.saitama.lg.jp](mailto:a3560@pref.saitama.lg.jp)）

　＊記録の保管は、埼玉県助産師会事務所にて５年間保存とする。

別紙①（初回時）

**災害時の母子ケア実施記録表**　　　支援日　　　年　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　支援場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問　　（自宅　　　　　　その他　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| **母の氏名（フリガナ）**  かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日　　　年　　　　月　　　　日　　　　才  職業  産後　　　か月　　　　日 |
| **父の氏名（フリガナ）** | 生年月日　　　年　　　　月　　　　日　　　　才  職業 |
| **子の氏名（フリガナ）** | 生年月日　　年　　月　　日　　才　　か月　　　日  第　　子　（在胎週数　　　週・出生体重　　　　ｇ）  他 |
| **現住所** | **℡番号** |
| ＜家族構成・状況＞ | ＜生活状況＞  ・ライフライン（電気・水道・ガス・通信）  ・不足している物 |
| ◎主訴 | |
| **母** | **子** |
| 既往歴・妊娠経過・分娩歴  現在の体調：  現病歴：  内服薬：  食欲：  睡眠：  血圧：  排便：　　　　　回/日  アレルギー：無・有  精神状態：（表情・訴え・声のトーンなど）  **支援内容：** | 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：　　　　℃  皮膚  アレルギー：無・有  機嫌、精神状態  **支援内容：反応。客観的異常など**  **要支援（母・子）** |

母子手帳（有・　無）この用紙はご本人へ渡す　　　　　　　担当助産師（　　　　　　　　　　　　　）

**別紙②**

**災害時の母子ケア実施記録票** ＮＯ,

母の氏名：

子の氏名：

担当助産師(　　　　　　　　　　　　)

＜母の状況＞ 　　　　　　　　　　　　＜子の状況＞

体 調：

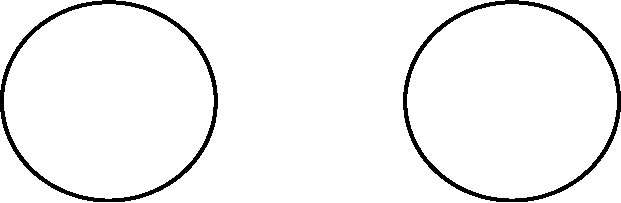
食 欲： 良・不良

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

離乳食

哺乳力・食欲： 良・不良

離乳食

哺乳力・食欲： 良・不良

排泄：尿 回／ 日

便 回／ 日

体温： ℃

皮膚：機嫌、精神状態

**＜支援内容＞**

この用紙はご本人へ渡す（母子手帳へ保管）

**別紙②**

**災害時の母子ケア実施記録票** ＮＯ,

母の氏名：

子の氏名：

担当助産師(　　　　　　　　　　　　)

＜母の状況＞ 　　　　　　　　　　　　＜子の状況＞

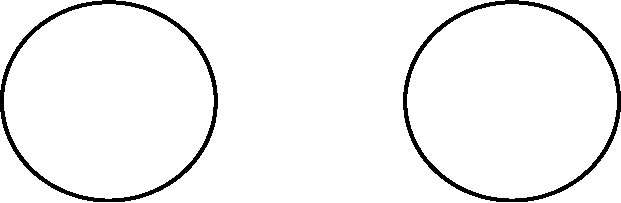
体 調：

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

離乳食

哺乳力・食欲： 良・不良

排泄：尿 回／ 日

便 回／ 日

体温： ℃

皮膚：機嫌、精神状態

**＜支援内容＞**

この用紙はご本人へ渡す（母子手帳へ保管）

**災害時の母子ケア実施記録票** ＮＯ,

母の氏名：

子の氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月日 | 訴え・観察項目 | 支援内容 | 支援者名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

要支援(母・子)

別紙③

埼玉県助産師会災害対策室へ提出

別紙④　　　　　　　　　　　　　　　**災害時支援 報告書**

助産師 氏名 ( 　　　　　　)

|  |  |
| --- | --- |
| 支援年月日 | 年 　月 　日( 　) |
| 支援時間 | 時 　分～ 　時 　分 |
| 支援場所 | 避難所( )  訪 問(自宅・その他 ) |
| 支援内容  相談者  (　 名) | ・妊婦の身体面( 　件)・妊婦の精神面( 　件)・乳房管理( 　件)  ・母の身体面( 　件)・母の精神面( 　件)・育児面( 　件)  ・乳幼児の身体、発育面( 　件)  ・その他 |
| 困ったこと  気づいたこと  改善点 など |  |

　　　　　　　＊支援終了後、埼玉県県助産師会の災害対策室に提出

別紙④　　　　　　　　　　　　　　　**災害時支援 報告書**

助産師 氏名 (　　　　　　　 )

|  |  |
| --- | --- |
| 支援年月日 | 年 　月 　日( 　) |
| 支援時間 | 時 　分～ 　　時 　分 |
| 支援場所 | 避難所( )  訪 問(自宅・その他 ) |
| 支援内容  相談者  (　　　 名) | ・妊婦の身体面( 　件)・妊婦の精神面( 　件)・乳房管理( 　件)  ・母の身体面( 　件)・母の精神面( 　件)・育児面( 　件)  ・乳幼児の身体、発育面( 　件)  ・その他 |
| 困ったこと  気づいたこと  改善点 など |  |

＊支援終了後、埼玉県県助産師会の災害対策室に提出

別紙⑤　　　　　　　　　　　　　　助産師医療救護活動報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　班　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　班長氏名（氏名）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月　日 | 活動場所 | 患者数  （患者氏名） | 措置の概要 | 分べん件数 | 備　　考 |
|  |  | 人 |  | 件 |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県災害時の助産師医療救護活動

別紙⑥

様式第３号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　班　　名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　　名 | | 勤　務　先 | 住　　　　所 | 従事期間 |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県助産師医療救護活動

別紙⑦

様式第４号

衛生材料等使用報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　班　　名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　　名 | 規　　格 | 数　量 | 単　　価 | 金　　額 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県助産師医療救護活動

別紙⑧

様式第５号

　埼玉県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人埼玉県助産師会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長　　　　　　　　　　　　　印

　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日までの助産師医療救護活動において、下記のとおり事故傷病（死亡）者が発生しましたので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | | | | 性別 | 男・女 | | 年齢 | | 歳 |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 班　　名 |  | | | | 職種 |  | | | 勤務先 | |  | |
| 活動場所 |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | 程度 | 重症　　中等症　　軽症 | | | | |
| 外来・入院（　　月　　日） | | | | 医療機関名 | | |  | | | | | |
| 受傷（発病） | | 日　時 | 年　　月　　日　　　　　時　　　分 | | | | | | | | | |
| 場　所 |  | | | | | | | | | |
| 死　　　亡 | | 日　時 | 年　　月　　日　　　　　時　　　分 | | | | | | | | | |
| 場　所 |  | | | | | | | | | |
| 事故発生時の状況 | | | | | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県助産師医療救護活動

別紙⑨

様式第６号

令和　　年　　月　　日

　埼玉県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人埼玉県助産師会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長　　　　　　　　　　　　　　　印

　次の金額を請求します。

　　　　　　　金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

ただし、令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日までにおける

災害時の　助産師医療救護活動に対する費用弁償額

（費用弁償額請求）