

具体的なプラン（妊娠中～生後 1 か月まで）

<p>ご自身やご家族が できること</p> <p>出産後</p>	<p><input type="checkbox"/> 出産場所（里帰り出産など）を決める</p> <p><input type="checkbox"/> 安産教室に参加する（行政・医療機関・その他）</p> <p><input type="checkbox"/> 産後の家事、育児の分担等を家族で話し合う</p> <p><input type="checkbox"/> 出産前後における上の子のお世話について話し合う</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケアの申請をする（妊娠 8 か月以降）</p> <p><input type="checkbox"/> 出産時の連絡先を確認する（産院・陣痛タクシー等）</p> <p><input type="checkbox"/> 産後の生活のイメージをし、自宅の環境を整える</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんのお世話（授乳・沐浴・着替え・おむつ替えなど）</p> <p><input type="checkbox"/> 新生児訪問の依頼</p> <p><input type="checkbox"/> 2 週間健診の予約、受診</p> <p><input type="checkbox"/> 子育て応援ギフトの申請</p> <p><input type="checkbox"/> 産婦健診の予約、受診</p>	<p><input type="checkbox"/> 妊婦健診を受ける</p> <p><input type="checkbox"/> 妊婦歯科健診を受ける</p> <p><input type="checkbox"/> 入院セットを準備する</p> <p><input type="checkbox"/> 育児グッズを準備する</p> <p><input type="checkbox"/> 分娩予約をする</p> <p><input type="checkbox"/> 出産応援ギフトの申請</p>
<p>関係機関による サポート・事業</p>	<p><input type="checkbox"/> 保健師・こども支援担当訪問（ 月頃）</p> <p><input type="checkbox"/> 安産教室（ 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 妊婦歯科健診</p>	<p><input type="checkbox"/> 子育て世帯訪問支援事業</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケア</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠 8 か月面談</p>
<p>関係機関連絡先</p>	<p>●医療機関（ ） 電話（ ）</p> <p>●産後ケア施設（ ） 電話（ ）</p> <p>●（ ） 電話（ ）</p> <p>●（ ） 電話（ ）</p>	

次にこのプランを確認・ご相談する時期は 年 月頃を予定しています。

困りごとや気になることがあれば、お気軽にご連絡ください。

担当： 所属 氏名

連絡先： 住所 新潟市 区

電話

（月～金 8：30～17：30 祝日、年末年始除く）

にいがた子育てほっとプラン

作成日： 年 月 日

お子さんのすこやかな育ちをご家族と一緒に、私たちもサポートしていきたいと思えます。

これからの生活について、一緒にプランを考えてみましょう。



保護者のお名前 _____ さん

職業 あり (_____) (産休育休 年 月まで) なし

お子さんのお名前	生年月日	年齢	教育・保育施設、学校名学年など

保護者の方が心配・不安に思うこと <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 体調 <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> その他	お子さんが心配・不安に思うこと	
	_____ さん	_____ さん
	_____ さん	_____ さん

保護者の方が希望すること (こうなったらいいなと思うこと)	お子さんが希望すること (こうなったらいいなと思うこと)	
	_____ さん	_____ さん
	_____ さん	_____ さん

協力してくれる人、協力してくれる内容
 夫・妻・パートナー 実母 実父 義母 義父 その他 (_____) なし

ご自身・ご家族・担当者がめざしていくこと

子育て期における切れ目のない支援のため、関係機関と本プランを共有することについて同意します。

(本人署名)

(日付)

年 月 日

具体的なプラン

	【生後2か月～】 お子さんのお名前 ()	お子さんのお名前 ()	お子さんのお名前 ()
ご自身やご家族が できること	<input type="checkbox"/> 赤ちゃんのお世話 (授乳・着替え・おむつ替え) <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの健康チェック <input type="checkbox"/> ママや家族の健康保持、休養 <input type="checkbox"/> 産後ケア事業の申請、利用 <input type="checkbox"/> 予防接種の予約、受診 <input type="checkbox"/> 3か月健診の予約、受診 <input type="checkbox"/> 股関節検診の受診 <input type="checkbox"/> 保育園、一時預かりの申請 <input type="checkbox"/> 育児相談の予約 <input type="checkbox"/> 子育て世帯訪問支援事業の 申請、利用 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> お子さんのお世話 <input type="checkbox"/> お子さんの健康チェック <input type="checkbox"/> ママや家族の健康保持、休養 <input type="checkbox"/> 予防接種の予約、受診 <input type="checkbox"/> 保育園、一時預かりの申請 <input type="checkbox"/> 育児相談の予約 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> お子さんのお世話 <input type="checkbox"/> お子さんの健康チェック <input type="checkbox"/> ママや家族の健康保持、休養 <input type="checkbox"/> 予防接種の予約、受診 <input type="checkbox"/> 保育園、一時預かりの申請 <input type="checkbox"/> 育児相談の予約 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
関係機関による サポート・事業	<input type="checkbox"/> 新生児訪問 <input type="checkbox"/> 産後ケアによる育児支援 (宿泊・デイ・訪問) <input type="checkbox"/> 保健師・こども支援担当訪問 <input type="checkbox"/> 股関節検診 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 保育園入園、一時預かり <input type="checkbox"/> 子育て支援センター <input type="checkbox"/> 子育て世帯訪問支援事業 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 保健師・こども支援担当訪問 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 保育園入園、一時預かり <input type="checkbox"/> 子育て支援センター <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 保健師・こども支援担当訪問 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 保育園入園、一時預かり <input type="checkbox"/> 子育て支援センター <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
関係機関連絡先	●医療機関 () () ●産後ケア施設 () ●訪問看護ステーション () ●保育園、こども園 () ● () ● () ● ()		電話 () 電話 () 電話 () 電話 () 電話 () 電話 () 電話 ()

次にこのプランを確認・ご相談する時期は 年 月頃を予定しています。

困りごとや気になることがあれば、お気軽にご連絡ください。

担 当： 所属 氏名

連絡先： 住所 新潟市 区

電話

(月～金 8:30～17:30 祝日、年末年始除く)

具体的なプラン

学齡期

ご自身やご家族が できること	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
お子さんが できること	【〇〇さん】 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【〇〇さん】 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	【〇〇さん】 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【〇〇さん】 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
関係機関による サポート・事業	<input type="checkbox"/> こども支援担当・保健師訪問 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
関係機関連絡先	●医療機関 () 電話 () ●学校 () 電話 () ●児童相談所 () 電話 () ● () 電話 () ● () 電話 () ● () 電話 ()	

次にこのプランを確認・ご相談する時期は 年 月頃を予定しています。

困りごとや気になることがあれば、お気軽にご連絡ください。

担当： 所属 氏名

連絡先： 住所 新潟市 区

電話

(月～金 8:30～17:30 祝日、年末年始除く)