

# にいがた子育てほっとプラン（妊娠から生後 1 か月）

作成日： 年 月 日

すこやかな妊娠・出産・子育てができるよう、私たちもサポートしていきたいと思います。

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。



お名前 さん

## ＜現在の状況＞

妊娠 週 出産予定日 年 月 日 出産する病院

職業 あり ( ) (産休育休 年 月～ 年 月まで) なし

里帰り出産 あり (里帰り先 ) なし 未定  
(里帰り期間 年 月～ 年 月)

## ＜上のお子さん＞

お名前 年 月 日 生 才 未・園・小・中・高  
お名前 年 月 日 生 才 未・園・小・中・高

<p>心配・不安に思うこと</p>	<input type="checkbox"/> 出産・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
<p>希望すること（こうなったらいなと思うこと）</p>	
<p>協力してくれる人、協力してくれる内容</p>	<input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> なし
<p>ご自身・ご家族・担当者がめざしていくこと</p>	

妊娠期から子育て期にわた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（妊娠中～生後 1 か月まで）

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

# 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います。

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

育児 体調 家族のこと 経済面  
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

(こうなったらしいなと思うこと)

お子さんが希望すること（こうなつ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"/>	<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"/>
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"/> <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"/> <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

学齢期

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)

## 具体的なプラン作成例（学齢期）

### ご家族ができることの例

#### 【保護者ができることの例】

- ・子どもの前でけんかしない
- ・朝ごはんを食べさせる
- ・子どもの話を1日1回聞く
- ・保育園や学校からの電話に出る
- ・区役所からの電話に出る
- ・
- ・
- ・

#### 【こどもができることの例】

- ・朝ごはんを食べる
- ・自分の部屋の掃除をする
- ・スマホの時間を決める
- ・宿題をする、勉強する
- ・夜〇時には寝る
- ・将来のことを考える
- ・
- ・

### 関係機関のサポート例

#### 【ひと息つきたい・休みたい】

- ・子育て短期支援事業
- ・子育て世帯訪問支援事業
- ・一時預かり
- ・
- ・
- ・

#### 【子育てについて相談したい】

- ・区こども家庭相談員の訪問
- ・区保健師の訪問
- ・児童相談所職員の訪問
- ・親子LINE相談
- ・
- ・

#### 【生活状況や環境を整えたい】

- ・子ども食堂
- ・子育て世帯訪問支援事業
- ・ファミサポ
- ・区こども家庭相談員の訪問
- ・区保健師の訪問
- ・フードバンク
- ・公営住宅
- ・就労支援
- ・通訳派遣
- ・高等職業訓練促進給付金
- ・
- ・
- ・

#### 【心身の健康について相談したい】

- ・受診相談
- ・区保健師の訪問
- ・こころの健康センター相談
- ・
- ・
- ・

#### 【子どもの居場所が欲しい】

- ・学童保育
- ・子ども食堂
- ・放課後デイサービス
- ・子ども創作活動館・児童館
- ・
- ・

#### 【家事・育児の負担を減らしたい】

- ・子育て世帯訪問支援事業
- ・ファミサポ
- ・
- ・

#### 【勉強したい】

- ・学習支援
- ・