

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

心配・不安に思うこと ☐出産・育児 ☐体調 ☐家族のこと ☐経済面 ☐その他

希望すること（こうなったらいいなと思うこと）

協力してくれる人、協力してくれる内容 ☐夫・パートナー ☐実母 ☐実父 ☐義母 ☐義父
☐きょうだい ☐友人 ☐その他（ ） ☐なし

ご自身・ご家族・担当者がめざしていくこと

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"/>
	<hr/>	
	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

<div>保護者の方が心配・不安に思うこと</div> <div><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</div>	<div>お子さんが心配・不安に思うこと</div> <div>_____ さん _____ さん</div>	
	<div>_____ さん _____ さん</div>	
<div>保護者の方が希望すること</div> <div>(こうなったらいいなと思うこと)</div>	<div>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)</div> <div>_____ さん _____ さん</div>	
	<div>_____ さん _____ さん</div>	

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"/> 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)

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

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】

- ・ こどもの前でけんかしない
- ・ 朝ごはんを食べさせる
- ・ こどもの話を 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】

- ・ こども食堂
- ・ 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
- ・
- ・
- ・

【こどもの居場所が欲しい】

- ・ 学童保育
- ・ こども食堂
- ・ 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
- ・