

産後ケアを利用される方へ

氏名： 子の氏名： (生年月日 年 月 日)

授乳方法： ☐ 母乳 (回 / 日)
☐ 混合 (母乳 回 / 日) (ミルク 回 / 日 cc / 回)
☐ 人工 (ミルク 回 / 日、 cc / 回)

最終授乳時間：（ : ） ミルク c c

本人持参ミルク： ☐あり ☐なし 本人持参哺乳瓶： ☐あり ☐なし

【通所型】 ☐ 7 時間未満 ☐ 7 時間以上
 預かりの希望： ☐ 完全預かり ☐ 授乳時のみ同室

【宿泊型】 () 泊 () 日

預かりの希望： 昼間 ☐ 完全預かり ☐ 授乳時のみ同室

夜間 ☐ 完全預かり ☐ 完全同室

※生後 2 ヶ月以降の夜間は完全同室となります。

[illegible][illegible]