

再 交 付 出産した方へのアンケート

子育ての情報提供や相談を行うために、以下の質問にご協力をお願いします。

出産した方の 氏名	フリガナ _____	生年月日	_____ (歳)
お子様の 氏名	フリガナ _____	生年月日	_____ (か月)
現住所	豊島区 _____	日中連絡先	_____

あてはまるものに○をつけてください。

1 現在のご自身の体調はいかがですか。

- ① 良い ② とても疲れる ③ (腰痛・肩こり・腱鞘炎)がある ④ 食欲がない
⑤ 出血がある ⑥ その他 ()

2 ご自身の睡眠の状況はいかがですか。

- ① 良い ② 睡眠不足 ③ 眠れない ④その他 ()

3 お子様と一緒に過ごすなかで、今のご自身のお気持ちはいかがですか。

- ① 楽しいことが多い 例えばどんなときですか ()
② なんとも言えない ()
③ つらいことが多い ()

4 子育てのことで相談したり、協力してくれる人は身近にいますか。

- ① はい 夫・実母・実父・義母・義父・友人・その他 ()
② いいえ

5 お子様やご自身のことで気になることや相談したいことがありますか。

- ① はい 内容 _____
② いいえ _____

ご協力ありがとうございました。
ご相談の内容を記載してくださった方へ、保健所からお電話させていただきます。
また、それ以外でもお電話させていただくことがあります。

* 保健所記入欄 *

