

産後ケア事業 利用時アンケート

ご利用にあたり、下記にご記入をお願いします。

産後ケア利用券発行番号				
利 用 者	住所		今回の利用に○を 付けてください	宿泊・通所・通所(短)・居宅 ()回目
	母の氏名		生年月日	年 月 日 () 歳
			電話番号	
	子の氏名	(第 子)	生年月日	R 年 月 日 () か月
	子の氏名	(第 子)	生年月日	R 年 月 日 () か月
緊急連絡先		氏名 続柄 ()	電話番号	

1. 当施設を初めて利用する際にご記入ください。また2回目の利用以降、変更がある場合はご記入ください。

- ① 食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことはありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は、どのような内容ですか？
[]
- ② 過去に大きな病気をされたこと（または、現在治療中の病気）はありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなご病気ですか？（差し支えない範囲でお答え下さい）
[]
- ③ 過去や現在に、こころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談した事がありますか？
現在相談している ・ 過去に相談したことがある ・ いいえ
相談した方は、どのような内容ですか？
[]

2. 今回の利用にあたり、以下の質問にお答えください。

- ① 出産後、家事・育児などの周囲の援助は十分ですか？ はい ・ いいえ
いいえの方は、どのように足りていないと感じますか？
[]
- ② 体調に不安がありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなことですか？
[]
- ③ 出産後の育児について、不安や困っていることがありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなことですか？
[]
- ④ 赤ちゃんのことで伝えておきたいことや心配なことはありますか？ はい ・ いいえ
[]
- ⑤ その他、気になることがあればご記入ください。
[]

事業所記入欄

受付日 () 事業所受付サイン ()