

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
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 ( )