

行田市産後ケア事業 利用前アンケート

記入日 年 月 日

産後ケア事業の利用にあたって、以下のアンケートへのご協力をお願いします。（ご記載いただいた内容は、委託医療機関等に情報提供させていただきますので、ご了承の上お答えください。）

問1 産後ケア事業の利用にあたり希望するケアについて、あてはまる項目に☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 助産師等による健康相談	<input type="checkbox"/> 心身の休養	<input type="checkbox"/> 授乳や乳房に関する相談
<input type="checkbox"/> 沐浴指導	<input type="checkbox"/> 育児相談	<input type="checkbox"/> 産後の生活に関する相談
<input type="checkbox"/> その他（ ）		

問2 同居家族の状況について

続柄	氏名	年齢	職業	健康状態	支援状況
母					

問3 妊娠、出産の状態について

分娩（予定）施設名（ ）	在胎週数（ ）週	（ ）日	（※妊娠中の場合 出産予定日 年 月 日）
特記事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			

問4 お子さんの状態について

出生時体重	g	身長	cm	胸囲	cm	頭囲	cm
退院時体重	g						
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）					
特記事項	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）					

問5 お母さんの状態について

既往歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）					
現在の心身状態	<input type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> よくない	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 眠れない			
	<input type="checkbox"/> その他（ ）						
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）					
育児の状況	<input type="checkbox"/> 楽しい	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 気持ちが追い詰められてる	<input type="checkbox"/> 不安になる			
	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> イライラする	<input type="checkbox"/> 涙がでる	<input type="checkbox"/> 気分が沈む	<input type="checkbox"/> 眠れない		
	<input type="checkbox"/> 子どもがかわいいと思えない						
	<input type="checkbox"/> その他（ ）						
育児協力者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）					
現在、心配なこと	<input type="checkbox"/> なし						
	<input type="checkbox"/> あり（ ）						

問6 感染症疾患、既往歴、医療行為の必要性の有無

母	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）
児	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）