

【2～7回目 利用者用】 行田市産後ケア事業 利用前アンケート

記入日 年 月 日

母氏名

産後ケア事業の利用にあたって、以下のアンケートのあてはまる項目に○をしてください。

（ご記載いただいた内容は、委託医療機関等に情報提供致しますので、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内容について

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

問2 同居家族の状況について（初回利用時に記入した内容と変更があった場合にご記入ください）

続柄	氏 名	年 齢	職 業	健康状態	支援状況
母					

問3 お子さんの状況について

現在、治療中の病気 なし ・ あり（ ）
授乳状況 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳 → （授乳回数 回/日）
離乳食摂取状況 未 ・ 開始済（1日 回食）
アレルギーの有無 なし ・ あり（ ）
首すわり：未・済 寝返り：未・済 ひとりすわり：未・済 はいはい：未・済
つかまり立ち：未・済 ひとり歩き：未・済

問4 お母さんの状況について

これまでにかった病気、治療中の病気の有無 なし ・ あり（ ）
現在の心身状態 よい ・ ふう ・ よくない ・ その他（ ）
アレルギーの有無 なし ・ あり（ ）
育児の状況 楽しい ・ 疲れやすい ・ 気持ちが追い詰められている ・ 不安になる
食欲がない ・ イライラする ・ 涙がでる ・ 気分が沈む ・ 眠れない
子どもがかわいいと思えない ・ その他（ ）
育児協力者 なし ・ あり（ ）
現在、心配なこと なし ・ あり（ ）

問5 最近 1 か月以内の感染症疾患、医療行為の必要性の有無

母： なし ・ あり（ ）
児： なし ・ あり（ ）