

【初回利用者用】 行田市産後ケア事業 利用前アンケート

記入日 年 月 日

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

続柄	氏 名	年 齢	職 業	健康状態	支援状況
母					

問3 妊娠、出産の状況について

分娩施設名 () 在胎週数 週 日
妊娠・出産時の特記事項 なし ・ あり ()

問4 お子さんの状況について

出生時:体重 _____g 身長 _____cm 胸囲 _____cm 頭囲 _____cm
 退院時:体重 _____g
 出生時の特記事項 なし ・ あり ()
 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5 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6 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 ()