

出産後の方へのアンケート

ご自身のお名前 \_\_\_\_\_ 年齢 ( \_\_\_\_\_ 歳)

お子さんのお名前 \_\_\_\_\_ 出生の年月日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

出産後の育児等についての相談や情報提供を行うために、以下の質問にご協力をお願いします。(あてはまるものに☑をつけてください。)

○産後、ご自身の気持ちやからだのことで、気がついたこと、変わったことがありますか。  
□いいえ □はい ( \_\_\_\_\_ )

○ご自身の睡眠の状況はいかがですか？  
( \_\_\_\_\_ )

○子育てについて相談にのってくれたり、家事や育児のサポートをしてくれる人としてどんな方が思い浮かびますか？

1. ない

2. ある ⇒ ①夫(パートナー) ②実父母 ③義父母 ④きょうだい ⑤友人  
⑥その他( \_\_\_\_\_ )

○お子さんと一緒に過ごす中で、今のご自身のお気持ちはいかがですか？

・楽しいこと、やってみたいこと

・知りたいこと、気になること (ご自身の健康、赤ちゃんや上のお子さん、ご家族、仕事、保育園、経済面、住まい・生活環境など)

※ 日高川町記入欄

(備考)