

出産後の方へのアンケート

ご自身のお名前 _____ 年齢 (_____ 歳)

連絡先 (携帯・固定) _____

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いたします。(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？

(_____)

○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)

(_____)

※ 志賀町記入欄

(備考)

--