

出産後の方へのアンケート

年齢 (歳)

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？

$$\left(\begin{array}{c} \text{ } \end{array} \right)$$

○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

$$\left[\begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

- ・ 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）

$$\left[\begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

※ 様似町記入欄

(備考)

【お問い合わせ先】

様似町 保健福祉課

電話番号：0146-36-5511

〒 058-0014 様似町大通2丁目98番地の2