

☆ご妊娠おめでとうございます☆

・妊娠・出産・育児支援のため、以下のアンケートに記入をお願いします。

◎これまでの妊娠、出産の状況についておたずねします。

妊娠・出産ともに問題なかった

妊娠・出産について医師から指摘されたことがある

(内容：)

◎同居のご家族を教えてください。

夫またはパートナー

子 ① () 歳 ② () 歳 ③ () 歳 ④ () 歳

その他 ()

◎産前・産後に手助けしてくれる人がいますか？

いる (どなたですか？) いない

◎最近1年の間に、悲しいできごとがありましたか？

いいえ はい (内容：)

◎出産費用や今後の子育てについて、不安がありますか？

いいえ

はい

はいの内容 健診費用や出産費用について 出産後の育児費用について 保育園について

その他 ()

◎今までに赤ちゃんをお世話した経験がありますか？

はい

いいえ

はいの内容 ミルクをあげたり、離乳食など食べさせたことがある おむつを替えたことがある

抱っこしたことがある その他 ()

◎これまでに、カウンセラーに相談もしくは精神科に通院したことはありますか？

いいえ はい (病名：)

治療中・中断・治癒)

◎妊娠中、または出産後に町役場の助産師・保健師よりお電話させていただくことがあります。

電話に出られる時間帯：午前・午後 時ごろ (携帯・自宅)

緊急連絡先番号(続柄)： _____

