

☆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）

