

出産後の方へのアンケート

ご自身のお名前	年齢 ( 歳 )
生年月日 ( 年 月 日 )	連絡先
お子さんのお名前	出生の年月日 ( 年 月 日 )
メールアドレス	

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 からだのこと (症状 : )  
気持ちのこと (涙もろくなった・イライラする・不安で仕方ない・憂うつ・気分が沈む・何もやる気にならない・その他)

○ご自身の睡眠の状況はいかがですか？  良好  不良

○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？

配偶者 (パートナー)  母  父  友人  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)

( )

※ 始良市記入欄

(備考)