

# お子さんが生まれた方へのアンケート（ママ用）



ご自身のお名前 \_\_\_\_\_ ( 歳)

お子さんのお名前 \_\_\_\_\_

お子さんの生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

出産後の育児等についての必要な支援や情報提供を行うために、以下の質問にお答えください。  
(あてはまるものに☑をつけてください。)

○現在の体調はいかがですか。

よい

よくない（貧血・寝不足・頭痛・高血圧・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？

よい

よくない（理由 \_\_\_\_\_ ）

何ともいえない（理由 \_\_\_\_\_ ）

○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はいますか。

はい（夫・実父母・義父母・きょうだい・友人・その他【 \_\_\_\_\_ 】）

いいえ

○子育てについて妊娠期から継続して相談できる窓口（子育て世代包括支援センター）があることを知っていますか。

はい

いいえ

お子さんのことで気になることや悩みがあったり、保護者様の体調のことなど些細なことでも何かありましたらお気軽にご相談ください。



■相談窓口■

阿見町子育て世代包括支援センター

総合保健福祉会館（健康づくり課内）

TEL029-888-2940

※阿見町記入欄

（備考）