産後ケア事業　利用前アンケート

記入日：　　年　　月　　日			
氏名		利用回数	□初回　□2回目以上

該当する項目に☑をしてください。

□松山市に住民登録がある。　□出産後12か月未満である。
□産後の体調不良や育児不安がある。　□ご家族などから十分な支援が受けられない。

現在の体調や育児不安について教えてください。（複数回答可）

□意欲がわかない　□不眠症状がある　□食欲がない　□気分が沈む　□イライラする
□涙が出る　□育児不安がある　□特に心身の不調はない　□その他（　　）

同居家族も含め、1週間以内に感冒症状（発熱、喉の痛み等）はありませんか。	□有　□無
妊娠中の経過はいかがでしたか。	□異常あり（　　）　□異常なし
出産時の経過はいかがでしたか。	□異常あり（　　）　□異常なし
産婦健康診査の受診状況を教えてください。	受診医療機関(　　)

２週間健康診査日（　　/　　）　1か月健康診査日（　　/　　）

お子さんの予防接種について教えてください。

□最終接種日(　　/　　)　□次回接種予定日(　　/　　)　□未接種・予定なし

ご家族からの育児・家事のサポートについて、教えてください。

同居家族	□得られる	□得られない
本人実家（　　市）	□得られる	□得られない
夫実家　（　　市）	□得られる	□得られない

産後ケア事業利用時に希望するケアについて、すべてに☑をしてください。

□育児に関する相談・指導　□授乳やおっぱいに関する相談・指導　□沐浴指導
□ご自身の体調の相談　□その他（　　）

※産後ケア実施のために、アンケート及び今回の妊娠出産に関して市で把握している情報（妊産婦健診の結果等）を、実施施設と情報共有させていただきます。

（職員記入欄）

産後ケア事業を希望したきっかけ：

対応者(　　)