

 産後ケア事業 利用前アンケート 

産後ケア事業の利用にあたって、以下のアンケートへのご協力をお願いします。なお、風邪症状や発熱、倦怠感や呼吸に関連した症状については、利用当日まで症状の有無を確認し、気になる症状があれば健康づくり推進課 妊娠出産支援担当（911-1821）まで必ずご連絡ください。

氏名	記入日	年 月 日
現在の体調はいかがですか。あてはまる項目すべてに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。		
<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 気分が沈む <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> その他（ ）		
産後ケア事業の利用にあたって希望するケアがあれば、あてはまる項目すべてに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。		
<input type="checkbox"/> 育児に関する相談・指導 <input type="checkbox"/> 授乳やおっぱいに関する相談・指導 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 休みたい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
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
<small>※今回の妊娠出産に関して、市で把握している情報（妊婦健診の結果等）を、必要に応じて確認させていただくことがあります。</small>		
ご自身や同居家族が発熱している。	はい	いいえ
ご自身や同居家族に咳や息苦しさ、倦怠感、風邪症状などがある。	はい	いいえ
ご自身や同居家族に味覚異常・嗅覚異常がある。	はい	いいえ
ご自身や同居家族が 2 週間以内に外国や新型コロナウイルス感染症流行地域に行ったことがある。	はい	いいえ
備考欄（窓口職員記入欄）		
窓口対応者		

