



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。				
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）				
☐ 意欲がわからない ☐ 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()				