



すまいるアンケート

(出産・子育て応援交付金事業開始日前に出産した方へのアンケート)

記入日： 年 月 日

お 名 前： 年 齢：(歳)

お子さんのお名前： 出生年月日：(年 月 日)

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 ()

○ご自身の睡眠の状況はいかがですか。
()

○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。
誰 () 何を ()
() ()

○現在、知りたいこと、気になることはありますか。
(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)
()

○お子さんと一緒に過ごす中で、楽しいこと、やってみたいことは何ですか。
()

○面談の希望
あり (日中の連絡がとれる連絡先：) なし

※面談希望される方に牛久市保健センター(029-873-2111)から後日連絡が入る場合があります。

(備考)

確認日： 年 月 日 担当 ()