

記入日:令和 年 月 日

出産後の方へのアンケート

保護者氏名 フリガナ

住所

電話番号 自宅・携帯

お子さんのお名前 フリガナ

お子さんの生年月日 年 月 日

申請書番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。  
(当てはまるものに  をつけてください。)

① 子育てをしている中で相談できる人はいますか。

いる  いない

② 育児をどう感じますか。

大変だが楽しい  
 こんなものだ  
 不安に感じる  
 イライラする  
 その他( )

③ 保健師等との子育てについての面談を希望されますか。

希望する  希望しない

ご記入ありがとうございました。

アンケートの内容を確認させていただき、心配なことや相談の希望がなくても連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

育児保健課では、電話や家庭訪問等で子育てについての相談をお受けしています。ご心配なことがありましたら、お気軽に下記までご連絡ください。

<妊産婦相談・子育て相談窓口>  
加古川子育て世代包括支援センター(育児保健課内)  
電話 (079)427-9325  
受付時間(8:30~17:15)土日祝を除く