記入日：令和　　年　　月　　日

妊娠中の方へのアンケート

お名前（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　自宅・携帯　本人・家族（　　）

申請書番号												

妊娠・出産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 現在妊娠していますか。
□はい　　□いいえ
①ではいの方は②～⑤へすすんでください。 ①でいいえの方はアンケート終了です。

② 妊婦健康診査を定期的に受診していますか。
□はい　　□いいえ

③ 分娩予定施設は決まっていますか。
□健診受診施設と同じ　　□その他（　　）

④ 出産後、家事や育児をサポートしてくれる人はいますか
□はい　　□いいえ

⑤ 産後のサポートについて相談を希望しますか。
□はい　　□いいえ

⑤ 保健師等による妊娠・出産・子育てについて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妊娠・出産・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