

# 各務原市産後ケア事業アンケート

利用申請書に添付

記入日 令和 年 月 日  
 記入者名  
 子の月齢 月 日

初産・経産 (出産回数 回目)	在胎週数 週 出生時体重 g	妊娠・分娩の異常の有無 無・有( )
特記事項 (検査結果等)		

◎ 産後ケア事業のご利用にあたり下記にお答えください

① 過去に大きな病気をされたこと (又は現在治療中の病気(感染症含む)) がありますか?

はい・いいえ

・はい ⇒ どのような病気ですか? (心臓病、糖尿病、婦人科疾患など)  
 ・服薬の有無? 有・無

② 過去や現在に、こころの不調等でカウンセラー、心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか。

はい・いいえ

・はい ⇒ ( 治癒 ・ 通院中 )

③ 出産後、家事・育児を手伝ってくれる人がいますか?

はい・いいえ

・いいえ ⇒ 話を聞いてくれる人はいますか? はい・いいえ

④ 現在、心やからだの体調に不安がありますか?

はい・いいえ

・はい ⇒ どのような不安ですか? (具体的に)

⑤ 薬・食べ物アレルギー等、配慮が必要なことはありますか?

はい・いいえ

・はい ⇒ どのようなことですか? (具体的に)

⑥ 嗜好品について

たばこは吸いますか? はい ( 本/日 ) ・ いいえ  
 アルコールを飲みますか? はい ( 回/週 ) ・ いいえ

⑦ その他、気になることがあればご記入ください。