

## 出産後の方へのアンケート

(ふりがな)

産婦さんのお名前 \_\_\_\_\_ 生年月日： 年 月 日 (年齢 歳)

(ふりがな)

お子さんのお名前 \_\_\_\_\_ 生年月日： 年 月 日 (年齢 か月)

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。)

1. 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
2. ご自身の睡眠(休養)の状況はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 少し良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し悪い <input type="checkbox"/> 悪い
3. 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？	<input type="checkbox"/> ①夫(パートナー) <input type="checkbox"/> ⑤友人 <input type="checkbox"/> ②実父母(県内・県外) <input type="checkbox"/> ⑥その他 ( ) <input type="checkbox"/> ③きょうだい <input type="checkbox"/> ⑦いない <input type="checkbox"/> ④義父母(県内・県外)
4. お子さんと一緒に過ごす中で、今のご自身のお気持ちはいかがですか？	<input type="checkbox"/> ①楽しい <input type="checkbox"/> ②大変だけど楽しい <input type="checkbox"/> ③楽しいけどつらい <input type="checkbox"/> ④つらい(内容： )
5. 知りたいこと、気になることはありますか？	<input type="checkbox"/> ①自身の健康 <input type="checkbox"/> ②赤ちゃんや上のお子さんについて <input type="checkbox"/> ③家族について <input type="checkbox"/> ④仕事について <input type="checkbox"/> ⑤保育園について <input type="checkbox"/> ⑥経済面について <input type="checkbox"/> ⑦住まい・生活環境について <input type="checkbox"/> ⑧その他 ( ) <input type="checkbox"/> ⑨特にない
6. 保健師等の面談を希望しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (電話番号： )

【那覇市記入欄】

確認済