

出産後の方へのアンケート

ご自身のお名前 _____ 年齢 _____ 歳
お子さんのお名前 _____ 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のため、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 出産後、ご自身の気持ちや身体のこと、気づいたこと、変わったことがありますか？

いいえ はい (_____)

2 ご自身の睡眠の状況はいかがですか？

よい よくない (_____)

3 子育てについて相談したり、家事や育児のサポートをしてくれる人として誰を思い浮かべますか？

夫 (パートナー) 実母 実父 義母 義父
 実姉妹 実兄弟 その他 (_____)

4 お子さんと一緒に過ごす中で、今のご自身の気持ちはどうですか？

(1) 楽しいこと、やってみたいこと

(_____)

(2) 知りたいこと、気になること

(ご自身の健康、赤ちゃん、上の子ども、家族、仕事、保育園、経済的、住まい、生活環境のことなど)

(_____)

5 出産応援給付金を受け取りましたか。

いいえ はい：申請した自治体名 (_____)

【石垣市記入欄】