

松戸市赤ちゃん教室アンケート

年月日 _____

会場名 _____

ふりがな		出生順位	第	子
お子さんのお名前	(男・女)			
住所	松戸市 (記入例：五香1丁目)	年齢	〇歳	か月

☆今回参加した理由は何ですか？（いくつでも印を付けて下さい）

- 育児の情報が欲しい
- 相談ごとがある
- 友達が欲しい
- 外出する機会が欲しい
- その他 ()

☆ 本日、離乳食で相談したいことはありますか？

- すすめ方について
- 食材について（使ってもよい食材、初めての食材など）
- ミルク・飲み物について
- その他 ()
- 相談したいことはない

☆ 保護者の方の体調は良好ですか？

- はい いいえ どちらともいえない

理由

こども家庭センター母子保健担当室（R6作成）

担当使用欄 個別相談 後日電話相談（保・歯・栄） 入力