保健師

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	0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、個別に相談したいことはありますか？

□　ある　　□　ない

↓

☆　相談したいことはどのようなことですか？（複数回答可）

□　発育・発達（体重や首すわりなど）　　□　育て方

□　母乳・ミルク　　□　離乳食・食事

□　病気　　□　歯・口腔

□　予防接種

□　その他　　（　　）

☆　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

☆　保護者の方の子育ての悩みやストレスは解消できていますか？

□　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　□