

## 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：竹ヶ花)	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、歯やお口に関する事で相談したいことはありますか？

- ある       ない

↓

☆ あてはまるものにチェックしてください

- 歯のみがき方
- むし歯菌について
- 歯のはえ方
- 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

こども家庭センター母子保健担当室 (R5 作成)

担当使用欄     個別相談     後日電話相談 (保・歯・栄)    入力