



アンケートのお願い



ネウボラ課には育児を応援する保健師がいます。これから育児やお母さん自身の相談、家庭訪問など行っていきたいと思いますので、太枠内をご記入ください。

記入日： 年 月 日	来 庁 者：父 母 祖 父 祖 母 ()
お子さんの氏名	ふりがな
	氏 名 (男・女)
生 年 月 日	年 月 日
在 胎 週 数	週 日
出 産 予 定 日	年 月 日
出 生 体 重	g
日中に連絡がつく電話番号	自 宅 — —
	携 帯 (父) — —
	携 帯 (母) — —
妊婦健診受診医療機関 (妊娠経過)	
出産医療機関 (今回出産に至った経過)	
赤ちゃんの退院について	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり (月 日頃)
お母さんのご様子はいかがですか	<input type="checkbox"/> 自宅にいる <input type="checkbox"/> 入院している (退院予定 月 日頃) <input type="checkbox"/> 里帰りしている
里帰りについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月頃まで) 里帰り先住所 _____ 様方 里帰り先電話： — —
お母さんが育児に協力してもらえる人はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (お父さん・祖父母・その他)
ご心配なこと、お困りのことはありますか	
<p>お子様の健やかな成長や発達のために、必要に応じ支援を行うことを目的に、和光市が各子育て世代包括支援センターや医療機関と情報共有・連携を行うことに同意します</p> <p>_____ 年 月 日 保護者氏名 _____</p>	
市使用欄	
面接者：	