



妊娠中の方へのアンケート (マタニティチケット)

※助産院ゆいへ持参してください。

以下の質問にご回答をお願いします。(あてはまるものに☑又はご記入ください。)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____

住所 栄町 _____

電話番号 _____

○現在の妊娠週数 妊娠 () 週 単胎 多胎 ()

初産婦 経産婦 (第 _____ 子)

出産予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

分娩予定施設 (_____)

○妊娠経過は順調ですか? はい いいえ (_____)

○出産後、気軽に相談したり、家事や育児のサポートをしてくれる人は

いる (それはどなたですか _____) いない

○育児用品は準備をしていますか? している していない

○相談したいことや知りたいことはありますか?

はい (ご自身の健康 ご家族の健康 母乳について 骨盤ケア むくみ

赤ちゃんやきょうだいのこと 仕事 保育園 経済面 住環境

パートナーのこと等)

その他 (_____)

いいえ

面接日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 面接者 (_____)

町記載欄