※高知県用

四万十町

産後ケア事業利用者事前アンケート

（保健師→医療機関）

●太枠内にご記入ください。

利用者名	

※産後ケア機関名		
※利用期間	R　年　月　日 ～ R　年　月　日	宿泊型 ・ 通所型

●産後ケア利用時に希望されるサービスの内容に〇を記入してください。

		サービス内容	利用者の希望	※実施状況（医療機関記入）
産婦のケア	1	お母さんの健康状態のチェック		
	2	赤ちゃんを預かってもらって休みたい		
	3	ゆっくり食事や入浴をしたい		
	4	ゆっくり話を聞いてもらいたい		
	5	乳房のケアや乳房トラブルの相談をしたい		
乳児のケア	6	赤ちゃんの発育・発達や健康状態のチェック		
育児方法	7	沐浴方法の相談や指導を受けたい		
	8	授乳方法の相談や指導を受けたい		
	9	抱き方の相談や指導を受けたい		
	10	赤ちゃんのスキンケアについて相談したい		
	11	おむつの当て方の相談や指導を受けたい		
	12	赤ちゃんの体調の見方の指導を受けたい		

※このアンケートは医療機関様用のチェックリストにご活用いただくためのものです。

※医療機関様から四万十町へ提出の必要はありません。

こども家庭センター「楓」