

## 堺市産後ケア事業 利用者アンケート (事前)

※あてはまるところに、○印またはご記入ください。

### ○ お母さんのことについて

質問事項	記入欄	備考
1、出産後、家事・育児などを手伝ってくれる人がいますか。	はい※・いいえ ※周囲に支援者がいない方が対象です	
2、体調に不安がありますか。	はい・いいえ	
上記で「はい」の方、どのようなことですか。		
3、これまでに病気で医療機関にかかっていたことがありますか。	はい・いいえ	
上記で「はい」の方、どのようなことですか。		
4、これまでに精神的なことでカウンセラーや心療内科、精神科のクリニックなどに相談したことがありますか。	現在相談している・過去にある・ない	
相談したことがある方、どのようなことですか。		
5、食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことがありますか。	はい・いいえ	
上記で「はい」の方、どのような内容ですか。		
6、出産後の育児について、不安がありますか。	ある・ない	
上記で「ある」方、どのようなことですか。		

### ○ お子さんのことについて

質問事項	記入欄	備考
7、生まれた時、あるいは出生後の経過は順調ですか。	はい・いいえ	
上記で「いいえ」の方、それはどのようなことですか。		

### ○ その他、心配なことがあればお書きください。

--

#### ※この事業の対象者について

- 堺市に住所を有する生後6か月未満（一部サービスは生後4か月未満）赤ちゃんとお母さんのうち、家族等から家事・育児などの十分な産後の援助が受けられず、お母さんの体調不良や育児不安などで自宅での子育てが困難な方です。
- 感染症にかかっている・感染症の可能性がある、または体調不良などで入院や治療などが必要な方は除きます。