産後ケア事業の利用申請にあたり、以下についてお答えください。　【問診票】

申請者（利用者）氏名	

① 産後ケアを利用したいと思われた理由は何ですか？（複数回答可）

□ 乳房ケア希望（分泌促進、卒乳も含む）　□ 乳房トラブル軽減のため　□ 授乳に関する相談
□ 育児相談・育児不安　□ 母の健康相談・生活相談　□ 睡眠不足
□ 休養　□ 疲労回復　□ サポート不足　□ 育児知識や育児技術獲得
□ その他　（　　）

② 現在、心身の不調がありますか？　無　・　有
あれば、具体的にどのような不調ですか？
□ 身体面（　　）
□ 精神面（　　）

③ 周囲からの援助は十分ですか？　はい　・　いいえ

④ 過去に大きな病気、または現在通院中・服薬中の病気はありますか？
いいえ　・　はい　→（病名：　　治療内容：　　）

⑤ 今までに、心の問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことはありますか？
いいえ　・　はい（　　）

⑥ その他、赤ちゃんやご自身のことで相談したいことがあれば、ご記入ください。
（　　）

⑦ 伊丹市産後ケア事業をどのように知りましたか？　（複数回答可）

□ 母子手帳交付時の案内　□ リーフレット　□ 保健師や助産師による家庭訪問
□ 出産病院で紹介　□ 助産所（院）で紹介　□ ホームページを見て
□ 市の事業参加（育児相談等）での紹介
□ その他（　　）

スタッフ記入欄（問診者氏名　　）