

## 松戸市赤ちゃん教室アンケート

年月日 \_\_\_\_\_

会場名 \_\_\_\_\_

|          |               |      |       |
|----------|---------------|------|-------|
| ふりがな     |               | 出生順位 | 第 子   |
| お子さんのお名前 | ( 男 ・ 女 )     |      |       |
| 住所       | 松戸市 (記入例：竹ヶ花) | 年齢   | 〇歳 か月 |

☆今回参加した理由は何ですか？（いくつでも印を付けて下さい）

- 育児の情報がほしい
- 相談ごとがある
- 友達がほしい
- 外出する機会が欲しい
- その他 ( )

☆ 本日、離乳食で相談したいことはありますか？

- すすめ方について
- 食材について（使ってもよい食材、初めての食材など）
- ミルク・飲み物について
- その他 ( )
- 相談したいことはない

☆ 保護者の方の体調は良好ですか？

- はい      いいえ      どちらともいえない

理由

子ども家庭相談課母子保健担当室

担当使用欄    個別相談    後日電話相談（保・歯・栄）    入力