

## 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：松戸)	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、個別に相談したいことはありますか？

- ある     ない

↓

☆ 相談したいことはどのようなことですか？（複数回答可）

- 発育・発達（体重や首すわりなど）                       育て方  
 母乳・ミルク     離乳食・食事  
 病気     歯・口腔  
 予防接種  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

☆ 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

↓                      ↓

☆ 保護者の方の子育ての悩みやストレスは解消できていますか？

- 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