

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、歯やお口に関する事で相談したいことはありますか？

- ある
- ない

↓

☆ あてはまるものにチェックしてください

- 歯のみがき方
- むし歯菌について
- 歯のはえ方
- 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

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