様式第５号（第１１条関係）　　下野市出産応援給付金事業

妊娠中の方へのアンケート

妊娠・出産について相談や情報提供を行うために、以下の質問にご協力をお願いします。
（あてはまるのもに☑または○印をつけてください）

ご記入日：　　年　　月　　日

お 名 前		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
現在の妊娠週数	週／単胎・多胎(　　)	連 絡 先	

1	妊婦健康診査を定期的に受診していますか	☐ はい ⟶ 健診受診施設名【　　】 ☐ いいえ 「いいえ」と答えた方は理由を教えてください
2	分娩予定施設は決まっていますか	☐ はい ⟶ ☐妊婦健診診査受診施設と同じ ☐その他の施設【　　】 ☐ いいえ　（理由　　）
3	妊娠中や出産後に**相談**できる人はいますか？具体的にどなたですか	☐ はい a. 夫(パートナー)　b. 夫(パートナー)の父母　c. 実父母 d. 友人　e. インターネット　f. SNS g. その他(　　) ☐ いいえ
4	産後、育児に**協力**してもらえる人はいますか？具体的にどなたですか	☐ はい a. 夫(パートナー)　b. 夫(パートナー)の父母　c. 実父母 d. その他(　　) ☐ いいえ
5	ご出産に向けて、今のお気持ちはいかがですか	楽しみなこと (　　) 出産に向けて、知りたいこと、気になること ご自身の健康、赤ちゃんやきょうだい、ご家族、仕事、保育園、経済面、生活環境など ☐特になし ☐ある ⟶ (　　)

ご協力ありがとうございました。市からご連絡をさせていただく場合があります。何かご不明な点やご心配事がありましたら、下記までご連絡ください。

お問い合わせ先：下野市健康増進課（子育て世代包括支援センターふ わ り ）
☎０２８５－３２－８９０５
✉kenkouzoushin@city.shimotsuke.lg.jp