

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 _____ 区 _____

- ・現在の妊娠週数（ 週） □単胎 □多胎（ ）
- ・妊娠中の健診は定期的に受診していますか
□はい（受診施設： ） □いいえ
- ・分娩予定施設は決まっていますか
□はい（予定施設： ） □いいえ
- ・出産後、相談にのってくれたり、家事や育児のサポートをしてくれる人として、どんな人が思い浮かびますか （ ）
- ・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、やってみたいこと

⇒知りたいこと、気になること（ご自身の健康、赤ちゃんや上のお子さん、ご家族、仕事、保育園、経済面、住まい・生活環境など）

- ・出産を迎える前の訪問・面談等のご希望

☐あり ⇒
☐なし

「あり」の場合、連絡がつく電話番号、かけてほしい時間帯などを記入してください

電話 ()
時間帯 ☐ 午前 (9~12 時) ☐ 午後 (1~5 時)
☐ その他 ()

(注) 区保健福祉センターからの連絡は平日の午前9時～午後5時30分となります。

～ ご回答ありがとうございました ～