平成29年度　神奈川県助産師会保健指導部会　会員活動アンケート

平成29年7月

①氏名		②年齢	歳	③会員番号		④助産師の実務経験年数	年

⑤連絡先	〒 住所 自宅又は携帯電話 PCメールアドレス 携帯メールアドレス
	メーリングリスト参加の有無　A.参加　B.未参加
⑥開業の有無	有　（開業　年）　無
⑦開業有の方	開業の形態　A. 出張のみ（施設なし）　B. 出張及び有施設　C. 有施設(出張なし)
⑧開業情報	開業名 開業場所 電話番号 メールアドレス
	広告の種類　A. ホームページ　B. SNS　C. パンフレット　D. 当会ホームページ　E. 助産師マップ
⑨保健指導員賠償責任保険加入の有 無	A. 有　B. 無
⑩クリニカルラダー（レベルⅢ）取得の有　無	A. 取得済　B. 取得予定　C 取得しない
⑪就業施設	下記のⅠ【就業施設一覧】より選んでください 主なもの1つ（　　） その他すべて（　　）

Ⅰ【就業施設一覧】

1. 病院　2. 診療所・クリニック（分娩取扱有）　3. 診療所・クリニック（外来のみ）
4. 助産所（分娩取扱有）　5. 助産所（母乳ﾏｯｻｰｼﾞ・出張など）　6. 産後ケア施設
7. 保健所・保健福祉センター　8. 学校など教育関係機関　9. .その他

⑫業務内容	下記のⅡ【業務内容一覧】より選んで下さい（複数可） 自治体における業務 （　　） 個人・その他（団体）で行っている業務 （　　） Ⅱのア～カを選んだ方は下記（　）内の具体的内容にも〇をつけて下さい。（複数可）

Ⅱ【業務内容一覧】

ア 訪問（新生児・妊婦・こんにちは赤ちゃん・養育支援・その他）
イ 健診（乳幼児・妊産婦）
ウ 講座・教室（両親・母親・父親・育児・性（命の話）・思春期・更年期・女性の健康・孫育て・ヨーガ・ベビーﾏｯｻｰｼﾞ・その他）
エ ケア（母乳・骨盤・整体・ベビー・テルミー・アロマ）
オ 電話相談（ハロ-ベビ-・DV・SOS・母乳育児・乳幼児・思春期・更年期・不妊・受胎調節・遺伝・その他）
カ 産後ケア（宿泊型・デイケア・訪問型）
ク 学校教育関係
ケ 分娩取扱
コ その他

＊メーリングリスト参加・当会ホームページ掲載ご希望の方は事務局にお申し込み下さい。

ご協力ありがとうございました。