令和2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

2020年7月

フリガナ 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 電話番号（自宅又は携帯）　ー　ー 保健指導部会メーリングリスト参加　A. 参加している　B. 未参加　C. 参加したい （C.参加したい方のアドレス：　@　）
⑥開業の有無	有　（西暦　年から）　無
⑦開業有の方	開業の形態　A. 出張専門（施設なし）　B. 出張及び施設あり　C. 施設あり（出張なし）
⑧開業情報	開業名 開業場所 電話番号　ー　ー
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→更新予定は（今年更新する・来年更新する・更新しない） B. 取得予定　C. 取得しない
⑪学校（学生）実習受入れの有無	A. 受入れている　学校数（　校） B. 受入れていない　C. 今後受入れる予定

⑫母乳育児支援をしていますか　該当するものに〇をつける

"母乳育児支援とは"…助産所・母乳外来・母乳育児相談室に就業する会員
又その他の施設（行政や企業など）で保健指導を行う会員が行う母乳や育児の支援をいう
＜開業の有無は問わない＞

A. している（更にaかbを選択）　a. 乳房マッサージを含む母乳育児支援
b. 保健指導のみの支援（乳房マッサージは実施しない）

B. していない

＊A.「している」に〇をつけた方は、
日本助産師会調査【母乳育児支援に関する安全評価】の記入もお願いします

⑬新型コロナウイルス感染拡大を受けて、皆様の働き方等でお困りになったことなどお書きください

⑭保健指導部会運営に関するご意見などご自由にお書きください

ご協力、誠にありがとうございました