

2026 孕产期人群生活方式与社会支持状况调查

项目参与回执

填表时间： 年 月 日

单位名称 (盖章)		医院 等级	门诊量 (2025)		
			分娩量 (2025)		
爱婴医院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	爱婴行动项目单位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
机构类型	<input type="checkbox"/> 综合医院 <input type="checkbox"/> 妇幼保健院 <input type="checkbox"/> 其他				
地址	_____省(自治区) _____市_____县(区) _____路(街道) _____号				
调查对象 招募方式	<input type="checkbox"/> 医院公众号及院内电子屏宣传(邮件接收电子文件) <input type="checkbox"/> 线上妈妈社群宣传 <input type="checkbox"/> 二维码宣传牌摆放(需要邮寄二维码亚克力宣传牌_____块) <input type="checkbox"/> 其他 _____				
活动计划开展时间	<input type="checkbox"/> 2026年3-4月 <input type="checkbox"/> 2026年4-5月				
孕 期 版 问 卷	预估问卷 填写数量	(份)	参与科室	<input type="checkbox"/> 孕妇学校 <input type="checkbox"/> 产科门诊 <input type="checkbox"/> 助产士门诊 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	负责人姓名		科室及职务	电话及邮箱	
产 后 版 问 卷	预估问卷 填写数量	(份)	参与科室	<input type="checkbox"/> 母乳喂养咨询门诊 <input type="checkbox"/> 产后康复 <input type="checkbox"/> 儿童保健门诊/儿童早期发展中心 <input type="checkbox"/> 辖区社区卫生服务中心 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	负责人姓名		科室及职务	电话及邮箱	
可以提供调查活动开展情况的图文报告 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
希望在《2026 孕产期人群生活方式与社会支持状况调查报告》中刊署医院名称或 LOGO <input type="checkbox"/> 是(请提交医院 LOGO 文件至 xmb@aiyingyiyuan.com) <input type="checkbox"/> 否					
物料接收人姓名		科室及职务		电话	
详细地址					
爱婴医院发展基金 管委会审核意见					

本活动自愿参与, 请意向参与单位将本回执发送至 xmb@aiyingyiyuan.com
 如有任何疑问, 请致电爱婴医院发展基金: 010-64680799, 13161073061