



1. 산모이름	영문: _____ 나이: _____
2. 서비스 지역	• NY <input type="checkbox"/> • NJ <input type="checkbox"/> • Other <input type="checkbox"/>
3. 전화번호 / 생년월일	(생년월일: _____)
4. 남편이름, 전화번호	
5. 주 소	
6. 이메일	
7. 출산 예정일	
8. 아기이름 / 태명 (성별)	여자 <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/>
9. 출산유형	• 자연분만 <input type="checkbox"/> • 제왕절개 <input type="checkbox"/> • 미확정 <input type="checkbox"/>
10. 서비스 이용 기간	• 1주 <input type="checkbox"/> • 2주 <input type="checkbox"/> • 3주 <input type="checkbox"/> • 4주 <input type="checkbox"/> • 기타 <input type="checkbox"/>
11. 일요일 및 공휴일	• 서비스 이용 () • 일요일 및 공휴일 제외 ()
산후조리 서비스를 언제부터 받으실 계획일:	
12. 이용형태	• 출퇴근형: 9AM ~ 5PM <input type="checkbox"/> • 24시간 입주형 <input type="checkbox"/> • 혼합형 <input type="checkbox"/>
13. 출산경험	• 초 산 <input type="checkbox"/> • 경 산 <input type="checkbox"/>
14. 쌍둥이 여부	• 예 <input type="checkbox"/> • 아니오 <input type="checkbox"/>
15. 기타 가족 수	(산모, 신생아, 남편을 제외한 가족 수)
16. 병원 / 산부인과 / 소아과	
17. 기타 남기고 싶은말	

음식알러지: _____ 당 뇨 ()
 과일알러지: _____ 임신중독 ()
 스킨알러지: _____ 갑상선 ()

아래는 기입하지 마세요. (산후조리센터용)

18. 계약일	인터뷰 날짜: _____
19. 출산일	백 일: _____
20. 서비스 시작 일자	
21. 아기성명 (성별)	여자 <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/>
22. 결제내역	