

❁ 妊娠届出時アンケート ❁

母子健康手帳 No.7- 0109 -	
記入日	R 年 月 日

妊婦さんが安心して出産できるよう相談や情報提供を行うため、アンケートのご協力をお願いします。

基本情報	妊婦氏名		来所者	本人・夫・他 ()
	緊急連絡先① ()	-	緊急連絡先②()	-
	妊婦本人の国籍	日本人・外国人 (国籍: 言語:)		
	入籍について	入籍済・入籍予定・入籍予定なし	入籍 (予定) 日	年 月
	出産について	初産・経産	何人目のお子さんですか	人目
	不妊治療の有無	無・有	不育症治療の有無	無・有 ()
	※就労中の方 産休について	R 年 月頃から	※就労中の方 育休について	まで
	産後帰るところ	自宅・実家(市内)・県内実家(市)・県外実家(県市)・未定		
市外転出予定	無・有	転出予定日	年 月	
体調や生活習慣について	これまでにかった病気や現在治療中の病気はありますか			
	なし・あり ⇒ 心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・肝炎・心理・精神面 ()・その他 () ➡ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> カウンセリング・相談をしたことがある			
	「あり」と答えた方はご回答ください。 ○いつ頃ですか: ()・現在治療中(かかっている病院:) ○手帳の有無: なし・あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育)			
	【妊娠前】食生活で気をつけていることはありますか	あり・なし		
	3食(朝・昼・夕)食べる・食事の時間・食事のバランス・間食・その他			
	【現在】食生活で気をつけていることはありますか	あり・なし		
	3食(朝・昼・夕)食べる・食事の時間・食事のバランス・間食・その他			
	睡眠や休息はとれていますか	いいえ・はい		
	妊娠前から体重の変化はありますか	いいえ・はい (増加した・減少した)		
	たばこは吸いますか	吸わない・妊娠を機にやめた・吸う	本/日	
	家族の喫煙状況	なし・あり(誰:)		
	お酒(アルコール類)を飲みますか	飲まない・妊娠を機にやめた・飲む	何を:	量:
		※清酒1合の目安: ビール500ml,焼酎35度(80ml),ワイン2杯(240ml)	頻度:	回/週
妊娠について	妊娠について、今のお気持ちはいかがですか			
	うれしい・ややうれしい・どちらともいえない・あまりうれしくない・うれしくない			
	これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか	いいえ・はい		
	今回の妊娠中に、赤ちゃんやあなたの身体に何か問題があると医師からいわれていますか	いいえ・はい		
	生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか	いいえ・はい		
子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか	はい・いいえ			
サポートについて	夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか	はい・いいえ・夫(パートナー)がいない		
	実母には何でも打ち明けることができますか	はい・いいえ・実母がいない		
	夫(パートナー)や実母の他にも相談できる人がいますか	はい()・いいえ		
	産後、手助けをしてくれる人について ※当てはまるもの全てに○をつけてください			
	夫(パートナー)・実母・実父・義父母・兄弟姉妹・友人・その他()・特にいない			
その他	現在お困りのことや心配事について ※当てはまるもの全てに○をつけてください			
	ご自身の健康面・お腹の赤ちゃんのこと・上の子どものこと・仕事のこと 夫(パートナー)との関係・あなたや夫の父母のこと・その他()			
	「妊娠中」妊娠期の健康に関する案内 ※初産の方のみ			
射水市内の指定医療機関で歯科診察やブラッシング指導が1回無料で受けられます。				
受診票の発行 ※希望しない方は、下記の理由を選択してください				
希望する・希望しない	治療中・他市歯科医院で健診予定または済み・その他()			
「母子保健推進員による案内について」 母子保健推進員は、健診のお知らせや地区での育児支援を行っているボランティアです。				
【妊娠中】	同意する・同意しない			
【出産後】	同意する・同意しない			

ご協力ありがとうございました。

問合せ先: こども福祉課こどもすこやか係(保健センター内) (☎0766-52-7080)