

母子健康手帳交付時 おたずね

R6.3.29 作

ご妊娠おめでとうございます。妊娠中から相談や支援に繋げるため、アンケートにご協力をお願いします。

記入日： 年 月 日

妊婦氏名	既婚 未婚 (入籍予定 あり なし)	生年月日	年 月 日	高校卒業	した・しない	出身地
			(歳)	職業		
夫氏名		生年月日	年 月 日	高校卒業	した・しない	出身地
			(歳)	職業		
住所	駒ヶ根市 (地区)			自宅Tel		
				本人(妊婦)携帯		
同居家族 (妊婦を本人として記載)	夫・子(名前: 生年月日)		子(名前: 生年月日)			
	子(名前: 生年月日)		子(名前: 生年月日)			
	(妊婦方・夫方)父・(妊婦方・夫方)母・(妊婦方・夫方)祖父・(妊婦方・夫方)祖母・その他()					

1. 病歴・体調

過去の病気	なし・あり (高血圧・糖尿病・腎疾患・心疾患・甲状腺疾患・こころの病気・その他() 「あり」の方は治療の開始と終了(年 月頃～ 年 月頃まで)				
通院中の病気	なし・あり (妊娠高血圧症候群・高血圧・糖尿病・腎疾患・心疾患・甲状腺疾患・こころの病気・その他()				
服薬の有無	なし・あり()	治療はいつから	年 月頃から		
ここ1年間に、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの精神症状が2週間以上続いたことがありますか？					ある ない
今まで心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか？					はい いいえ
最近の体調について当てはまるもの全てに○をしてください	1. 良好 2. 疲れやすい 3. よく眠れない 4. 気持ちが沈む 5. 食べられない 6. その他()				

2. 妊娠、出産歴

妊娠回数 (今回の妊娠を含めて)	回	不妊治療の有無	なし・ある (治療年数 年)	妊娠週数	満 週
これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんをなくされたことがありますか？					はい いいえ
今回の妊娠中におなかの中の赤ちゃんやあなたの身体について、またはお産の時に医師から何か問題があるとされていますか？					はい いいえ

3. 今回の妊娠・生活について

ながの子育て家庭優待パスポート配布

出産予定日	年 月 日	出産予定施設	里帰り出産の有無	1. あり (a 県内 b 県外) ・ 2. なし	
今回の妊娠について教えてください	1. パートナーと話し合って妊娠した 2. 話し合わない予想外の妊娠だったがうれしい 3. 話し合わない予想外の妊娠で戸惑った 4. その他()				
妊娠、出産、育児について相談、助けてくれる人はいますか？				1. いる()	2. いいえ
夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか？				1. はい	2. いいえ
お母さんには何でも打ち明けることができますか？				1. はい	2. いいえ
夫やお母さんの他にも相談できる人はいますか？				1. はい()	2. いいえ
生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？				1. はい	2. いいえ
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？				1. はい	2. いいえ
現在、あなたはタバコを吸いますか？	1. いいえ 2. はい(本/日) 3. 妊娠してやめた				
現在、夫(パートナー)など同居家族の方はタバコを吸いますか？	1. いいえ 2. 妊娠を機にやめた 3. 吸っている(屋外 別室 同室) →吸っている家族は誰ですか()				
現在、アルコールを飲みますか？	1. いいえ 2. はい(回/週)(1回の種類と量)				
現在、お仕事をされていますか？	1. はい 2. いいえ 3. 妊娠を機に退職				
妊娠について会社に伝えましたか？	1. はい 2. いいえ				
半年間の間に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族、親しい方が重い病気になったり、事故にあったことがありますか？					はい いいえ
出産に向けての今の気持ちや、知りたいこと等(ご自身・ご家族の健康、仕事、保育園など)ご記入ください。					

母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳等の情報について、市長が調査、取得、利用することについて同意します。

(あて先) 駒ヶ根市長

年 月 日 妊婦氏名 印 (代理人氏名 続柄)