

母子健康手帳交付時 おたすね

ご妊娠おめでとうございます。妊娠中から相談や支援等をしていきたく
 と思いますので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 <small>既婚 未婚(入籍予定 あり なし)</small>	生年月日	年 月 日 (歳)	高校卒業	した・しない	出身地
			職業		
夫氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	高校卒業	した・しない	出身地
			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
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	妊娠(今回の妊娠を含めて) 回(流産 回・死産 回・中絶 回)	妊娠週数	満 週
不妊治療の有無	なし・ある(治療年数 年)	過去の妊娠・出産・産後の異常	なし・あり()

3. 今回の妊娠について

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
妊娠、出産、育児について相談できる人はいますか?			1.いる()	2.いない
緊急時など困った時に助けてくれる人(動いてくれる人)はいますか?			1.いる()	2.いない
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()			
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.すっている(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			
ご家庭のことについて当てはまるもの全てに○をしてください				
1.みんな健康 2.介護が必要な家族がいる 3.こどもについて心配がある 4.経済的な不安がある 5.夫婦関係について悩みがある 6.その他()				
相談したいことがあればお書き下さい				

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)