

# ◆母子健康手帳交付時アンケート◆

合志市では安心して子育てができるように、妊娠中からサポートしていきます。

記入日 令和 年 月 日

フリガナ 妊婦氏名		職業	あり( ) なし
電話 自宅	— —	生年	S・H 年 月 日
番号 携帯	— —	月日	( 歳)
出産予定日	令和 年 月 日 (現在の週数: 週) 第 子		
妊娠これまで( )回	・ 出産これまで( )回	・ 流産これまで( )回	・ 死産これまで( )回
医療機関名		出産予定施設	現在の病院・他の病院(県内・県外)・未定
家族 構成	夫(パートナー)氏名	生年月日	S・H 年 月 日( 歳)
		職業	あり( )・なし
	同居家族( 人) ↓該当するものに○をお願いします。 本人・夫・パートナー・子ども( 人)・実父・実母・義父・義母・その他( 人・妊婦との関係 )		
出産歴	出産日	妊娠出産経過	
第1子	年 月 日(男・女)	1.異常なし 2.妊娠糖尿病 3.貧血 4.妊娠高血圧症候群 5.切迫流産・早産 6.その他	
第2子	年 月 日(男・女)	1.異常なし 2.妊娠糖尿病 3.貧血 4.妊娠高血圧症候群 5.切迫流産・早産 6.その他	
第3子	年 月 日(男・女)	1.異常なし 2.妊娠糖尿病 3.貧血 4.妊娠高血圧症候群 5.切迫流産・早産 6.その他	
第4子	年 月 日(男・女)	1.異常なし 2.妊娠糖尿病 3.貧血 4.妊娠高血圧症候群 5.切迫流産・早産 6.その他	
* 次の病気にかかったことがありますか。	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他( )		
* 治療中の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名: )		
* 現在の体調はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> 悪い:つわり・出血・他( )		
* 今まで、こころの不調で受診したことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(時期: )		
* 障害者手帳をお持ちですか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(精神障害者保健福祉手帳・身体障害者手帳・療育手帳)( 級)		
* 妊娠前の体重と身長について	妊娠前体重( )kg 身長( )cm BMI= (体重kg÷(身長m×身長m))		
* 朝食は食べますか。	<input type="checkbox"/> 毎日食べる <input type="checkbox"/> 週に4~5回食べる <input type="checkbox"/> 週に2~3日食べる <input type="checkbox"/> ほとんど食べない		
* 嗜好について	①たばこ: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠をきっかけにやめた <input type="checkbox"/> 吸う( 本/日) ●同居の家族: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う→分煙: <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない ②お酒: <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠をきっかけにやめた <input type="checkbox"/> 飲む(週に 回・種類: )		
* 妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか。	<input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 特になんとも思わなかった <input type="checkbox"/> 腹立たしかった		
* 子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない		
* 経済的な不安はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
* 妊娠中に相談できる人はいますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> いない		
* 出産後に手伝ってくれる人はいますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> いない		
* 妊娠中や出産後に困ったり、不安になりそうなことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 妊娠の経過 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> 上の子の育児 <input type="checkbox"/> 自分自身のこと <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 仕事との両立 <input type="checkbox"/> その他( )		
* 出産後に里帰りはしますか。	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する( 月頃から 月頃までの予定) (里帰り先住所: 様宅) (TEL: — — )		
今回の妊娠で心配なことがあれば書いてください。			
※合志市では令和2年10月から、子育て世代包括支援センターを設置しています。必要に応じ、妊娠経過や健康状態等について、関係機関(かかりつけの産科医療機関等)と情報共有させていただく場合があります。 上記について ( 同意する・同意しない ) 署名:			
備考: 発行受診券(全部・初回・ 回目~)・歯科受診券・転出予定の有無( )			受付者