

◆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) 単胎・多胎() 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				
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) ペット(無・有)			
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		
* 妊婦健診を定期的に受診していますか。		☐ はい (健診受診施設:) ☐ いいえ ※妊娠中は、気がかりなことがなくても、身体にはいろいろな変化が起きている。きちんと妊婦健康診査を受けましょう。		
* 分娩予定施設は決まっていますか。		☐ はい (分娩予定施設:) ☐ いいえ		
* 次の病気にかかったことがありますか。		☐ 特になし ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 腎炎 ☐ 心臓病 ☐ 貧血 ☐ 甲状腺の病気 ☐ 肝炎 ☐ 喘息 ☐ その他()		
* 治療中の病気がありますか。		☐ ない ☐ ある (病名:)		
* 現在の体調はいかがですか。		☐ 良い ☐ どちらともいえない ☐ 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。		☐ ない ☐ ある(時期:)		
* 障害者手帳をお持ちですか。		☐ いいえ ☐ 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。		☐ 毎日食べる ☐ 週に4～5回食べる ☐ 週に2～3日食べる ☐ ほとんど食べない		
* 嗜好について		①たばこ: ☐ 吸わない ☐ 妊娠をきっかけにやめた ☐ 吸う(本/日) ●同居の家族: ☐ 吸わない ☐ 吸う→分煙: ☐ している ☐ していない ②お酒 : ☐ 飲まない ☐ 妊娠をきっかけにやめた ☐ 飲む		
* 妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか。		☐ 嬉しかった ☐ 困った ☐ 特になんとも思わなかった ☐ 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。		☐ ある ☐ なんとなくある ☐ あまりない ☐ ない		
* 妊娠中に相談できる人はいますか。		☐ いる ☐ 夫・パートナー ☐ 実父 ☐ 実母 ☐ 義父 ☐ 義母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 友人 ☐ その他() ☐ いない		
* 出産後、相談にのってくれたり、家事や育児のサポートをしてくれる人してどんな方が思い浮かびますか。		☐ いる ☐ 夫・パートナー ☐ 実父 ☐ 実母 ☐ 義父 ☐ 義母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 友人 ☐ その他() ☐ 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。		☐ ない ☐ ある ☐ 妊娠の経過 ☐ 出産 ☐ 子育て ☐ 上の子の育児 ☐ 経済面 ☐ 自分自身のこと ☐ 夫婦(パートナー)のこと ☐ 仕事との両立 ☐ その他()		
* 出産後に里帰りしますか。		☐ しない ☐ する (月頃から 月頃までの予定) (里帰り先住所: 様宅)		
* 出産に向けて、今のお気持ちはいかがですか。 ・楽しみなこと、やってみたいこと ・知りたいこと、気になること (ご自身の健康、赤ちゃんや上のお子さん、ご家族、仕事、保育園、経済面、住まい・生活環境など)				
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() ・ 情報共有同意の有無()				
				受付者