

妊娠おめでとうございます。

栃木市では、安心して出産・育児ができるようお父さんやお母さんを応援しています。

妊婦さんの体調確認等のため、下記のアンケートにご記入ください。

※当てはまる項目に、○または☑をつけてください。

このアンケートは、妊娠・出産・育児のサポート以外の目的で使用することはありません

妊婦名：		婚姻状況	
記入者：□本人 □その他(妊婦との続柄：		□既婚(入籍	年 月
		□未婚(入籍予定	年 月・未定)
1. 今回の妊娠について			
① 妊娠の経過は順調ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (つわり・出血・眠れない・気持ちが不安定・その他)		
② 現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつ頃から・どのような病気ですか？ ()		
③ 妊娠が分かったときにどのような気持ちになりましたか？	(a) 嬉しかった (b) 不安になった (c) 予定外だったので戸惑った (d) 困った (e) その他() ※b~eを選んだ方は、どのような理由ですか？		
④ 不妊治療を行いましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (治療期間)		
2. これまでの妊娠・出産について			
		妊娠の回数(初めて・	回)
		出産の回数(なし・	回)
① これまでに流産や死産、人工流産(中絶)、出産後1年以内にお子さんを亡くされたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (流産 回・中絶 回・死産 回・その他)		
② これまでの妊娠や出産、赤ちゃんに次のようなことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 切迫流産・切迫早産 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 低体重児 <input type="checkbox"/> その他()		
3. 嗜好品について			
① お酒を飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(週に 日・月に 日) <input type="checkbox"/> やめた		
② タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) <input type="checkbox"/> やめた		
③ 周囲(ご家庭・職場など)でタバコを吸う方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(夫・職場の人・その他) → <input type="checkbox"/> 吸わない配慮あり		
4. 今までにかかった病気はありますか？			
(現在、治療中の病気以外)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> その他()	

<p>5. 今までに心理的、または精神的な問題で、カウンセラーや精神科医、心療内科等に相談したことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり→ 診断名： 病院名： 治療期間： 年 月 ～ 年 月 現在の状況：治療中／治療中断／治療終了</p>
<p>6. 同居のご家族はどなたですか？</p>	<p>(a) 夫(パートナー) (b) 子ども(人) → 歳、 歳、 歳、 歳 (c) 夫の父母 (d) 実父母 (e) その他() (f) なし(1人暮らし)</p>
<p>7. 不安や心配なことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (a) 病気や健康状態のこと (b) 上の子どものこと (c) 夫・パートナーのこと (d) 経済的なこと (e) 家族のこと (f) 妊娠・出産・育児のこと (g) その他 どのようなことですか？</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>8. 妊娠中や出産後に相談できる人はいますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>誰もいない <input type="checkbox"/>いる (a) 夫(パートナー) (b) 夫の父母 (c) 実父母 (d) 友人 (e) インターネット (f) その他()</p>
<p>9. 育児に協力してもらえる人はいますか？ 具体的にどなたですか？</p>	<p><input type="checkbox"/>誰もいない <input type="checkbox"/>いる (a) 夫(パートナー) (b) 夫の父母(居住先： 市・町) (c) 実父母(居住先： 市・町) (d) その他(誰： 居住先： 市・町)</p>
<p>10. 出産予定の医療機関は現在と同じですか？</p>	<p><input type="checkbox"/>同じ <input type="checkbox"/>決まっていない <input type="checkbox"/>変更する → 医療機関名：</p>
<p>11. 出産後、里帰りをされますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>しない <input type="checkbox"/>する</p>

来所者	妊婦・その他()
担当	

※事務記入欄

～ご協力ありがとうございました～
 ・母子健康手帳の交付窓口や
 お持ちいただくものについては
 裏面をご確認ください。

