

**出産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。

産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

<b>産婦名：</b>		<b>婚姻状況</b>	
記入者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他(産婦との続柄：		<input type="checkbox"/> 既婚(入籍	年 月
		<input type="checkbox"/> 未婚(入籍予定	年 月・未定)
<b>1. 今回の妊娠・出産について</b>			
①経過は順調でしたか？	<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妊娠が分かった時はどのような気持ちでしたか？	(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		
<b>2. これまでの妊娠・出産について</b>		妊娠の回数( 回) 出産の回数( 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妊娠や出産時、または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( )		
<b>3. 嗜好品について</b>			
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		
<b>4. 今までにかかった病気はありますか？</b> (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)→  か月、 歳、 歳、 歳          (c)夫の父母 (d)実父母          (e)その他( )</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)育児について          (c)夫・パートナーのこと (d)経済的なこと          (e)家族のこと (f)その他          ( )          どのようなことですか？</p>
<p>8.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>

※事務記入欄

来所者	産婦・その他( )
担当	

～ご協力ありがとうございました～

