

妊娠届出時アンケート

様式1

会津若松市では、安心して出産・子育てができるよう、妊娠中から妊婦さんやご家族をサポートしていきたいと考えています。そこで、妊婦さんのご様子を教えてください。下記アンケートのあてはまる項目へ☑チェックまたは○をし、諸事項のご記入をお願いいたします。

| | | | | | | | | |
|--|---|----------------|---|------|--------------------|------|---|-----|
| フリガナ 妊婦氏名 | 国籍 (外国籍のみ) | | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 住所 | 会津若松市 | | 連絡先 () 連絡がとれる時間(時頃・いつでも) ※こんにちは赤ちゃん訪問時の連絡にも使用いたします | | | | | |
| 職業 | 会社員(常勤・パート・臨時・派遣)・公務員・自営業・アルバイト・その他()・無 | | | | | | | |
| 婚姻 | ☐既婚 ☐未婚 (入籍予定:あり・なし・未定) | | 身長 | cm | 妊娠前体重 | kg | | |
| 児の父氏名 | | | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 住所 | 妊婦と同じ ・ 妊婦と別(市・区・町・村) | | 連絡先 () | | | | | |
| 職業 | 会社員(常勤・パート・臨時・派遣)・公務員・自営業・アルバイト・その他()・無 | | | | | | | |
| 父・パートナーの健康状態 | | ☐健康 ☐よくない(病名) | | | | | | |
| 父子手帳の交付を希望しますか | | ☐希望する ☐希望しない | | | | | | |
| 同居家族 | 夫(パートナー)・子()人・実父・実母・義父・義母・祖父・祖母・その他() | | | | | | | |
| 出産予定日 | R | ・ | ・ | 妊娠週数 | 週 (単胎・多胎) | 出産回数 | 回 | |
| 出産病院 | 竹田総合病院・会津中央病院・その他()・未定 | | | | | | | |
| (1) 今回の妊娠を知ったときの気持ちはいかがでしたか | ☐うれしかった ☐予想外だがうれしかった ☐予想外で戸惑った ☐その他() | | | | | | | |
| (2) 現在の体調はいかがですか | ☐よい ☐つわり ☐性器出血 ☐気分が落ち込む ☐眠れない ☐その他() | | | | | | | |
| (3) 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか | ☐いいえ ☐はい { 心臓病 腎臓病 肝臓病 高血圧 糖尿病 婦人科疾患 不妊症 心の病気(うつ病・パニック障害) その他() } 治療状況は ⇒ 治療中・治療終了(終了時期)・治療中断 | | | | | | | |
| (4) 妊娠・出産・育児について、相談できる人はいますか | ☐はい (夫(パートナー)・父母・義父母・きょうだい・友人・その他()) ☐いいえ | | | | | | | |
| (5) 妊娠・出産・育児で困った時、手伝ってくれる人はいますか | ☐はい (夫(パートナー)・父母・義父母・きょうだい・友人・その他()) ☐いいえ | | | | | | | |
| (6) 出産にあたり、実家などに帰省する予定はありますか | ☐はい ⇒ 里帰り先(場所: 、時期: 頃～ 頃まで) ☐いいえ { a 同居の家族が手伝ってくれる b 親やきょうだい等が手伝いに来てくれる c おおむね一人で育児をしていく ⇒ d 何とかやっつけていけそう e どうなるか不安 | | | | | | | |
| (7) あなたはたばこを吸いますか | ☐以前から吸わない ☐妊娠してやめた ☐吸う(1日 本) | | | | | | | |
| (8) 家族はたばこを吸いますか | ☐以前から吸わない ☐妊娠してやめた ☐吸う(1日 本 誰が どこで) | | | | | | | |
| (9) あなたはお酒を飲みますか | ☐以前から飲まない ☐妊娠してやめた ☐飲む(毎日・時々 回/週) | | | | | | | |
| (10) 現在、困っていることや悩んでいる不安なことはありませんか | ☐ない ☐ある { a 妊娠・出産について b 経済的なこと c 夫(パートナー)のこと d 家族関係のこと e 育児のこと f 仕事のこと g 家族の病気や障害のこと h その他() | | | | | | | |
| (11) 家庭や仕事など日常生活で強いストレスを感じていますか | ☐いいえ ☐はい() | | | | | | | |
| ご記入いただいた内容は、個人情報として取り扱いプライバシーを保護いたしますが、こども家庭センター、医療機関等の関係機関が情報共有、支援に活用させていただくことがあります。 ご同意いただける場合は☑をお願いいたします。 ☐ 同意します | | | | | | | | |
| ～ご協力ありがとうございました～ | | | | | | | | |
| 交付月日 | 年 | 月 | 日 | 交付番号 | コード | | | |
| 面談日 | 年 | 月 | 日 | 面談者 | 給付金申請 済・未 | | | |
| 会津若松市健康増進課 | | | | | 電話0242-39-1245(直通) | | | |