

妊娠届出時アンケート

妊娠・出産についての相談や情報提供を行うために、以下のアンケートへのご協力をお願いします。

家族構成（同居している家族） 核家族 核家族ではない

氏名	年齢	続柄	健康状態	その他
		本人	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	
			<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	

1 以下の項目について、あてはまる項目にチェックしてください。

1-1	ご結婚されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（ <input type="checkbox"/> 今後入籍予定 <input type="checkbox"/> 未定）
1-2	今回の妊娠は何回目ですか？	回目 (そのうち出産__回、死産__回、流産__回、中絶__回)
	上記で2回以上の方	過去の妊娠経過は？ <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症 <input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 体重増加(15kg以上) <input type="checkbox"/> 他()
	過去の分娩の経過は？	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死産 <input type="checkbox"/> 出血多量 <input type="checkbox"/> 他()
1-3	今回の妊娠を知った時、嬉しかったですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない
1-4	妊娠についてお聞きします	<input type="checkbox"/> 自然に妊娠した <input type="checkbox"/> 治療して妊娠した <input type="checkbox"/> その他()
1-5	現在の妊娠経過について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治療中(<input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 他())
1-6	出産する病院は決まっていますか？	<input type="checkbox"/> 決まっている(病院名:) <input type="checkbox"/> 未定
1-7	今までに治療した病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 他() }

1-8	現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 他() }
-----	------------------	---

1-9	三食(朝昼晩)食べていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(回/日)
1-10	偏食はありませんでしたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に)
1-11	タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが妊娠してからやめている(以前 本/日) <input type="checkbox"/> 今も吸っている ↳禁煙の意思 (<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)
1-12	同居人にタバコを吸う方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ↳どなたですか？該当する人全てにチェックしてください <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> その他の同居人
1-13	アルコールを飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 以前は飲んでいたが妊娠してからやめている <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 毎日ではないが週3日以上飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む
1-13	現在、心配なこと、気になることがありますらご記入ください。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(妊娠経過、出産、子育て、病気、生活面、経済面、他) 〔 〕

2 あなたへ適切な援助を行うためにお聞きします。今のお気持ちについて、あてはまる項目にチェックして下さい。

2-1	今回の妊娠中に、おなかの赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か問題があるといわれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2-2	今までに心理的、精神的な問題で、カウンセラーや精神科医、または心療内科医などに相談したことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2-3	困ったときに相談する人についてお尋ねします。	
	①夫またはパートナーには何でも打ち明けることができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	②お母さんには何でも打ち明けることができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2-3	③上記の人以外に相談できる人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい (誰ですか？) <input type="checkbox"/> いいえ
2-4	生活や経済的な面で不安はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2-5	子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2-6	今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族、親しい方が重い病気になったり事故にあったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

記入日	年 月 日	出産予定日	年 月 日
お名前	電話番号		
ご連絡先	〒		【保健師記入欄】 妊娠届出週数 _____周

妊娠8か月頃アンケート

お名前 _____ 年齢 (_____ 歳)

妊娠・出産についての相談や情報提供を行うために、以下の質問にご協力をお願いします。
(あてはまるものに☑をつけてください。)

1 現在の妊娠週数 妊娠 (_____) 週 単胎・多胎 (_____)

2 妊婦健康診査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こっています。きちんと妊婦健康診査を受けましょう。

3 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

4 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としてどんな方が思い浮かびますか？

[_____]

5 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

[_____]

6 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)

[_____]

○出産を迎える前に、面談を希望しますか。 はい いいえ

※葛巻町記入欄

(備考)

[_____]

出生後アンケート

ご自身のお名前 _____ 年齢 (_____ 歳)

お子さんのお名前 _____ 出生の年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

出産後の育児等についての相談や情報提供を行うために、以下の質問にご協力をお願いします。
(あてはまるものに☑をつけてください。)

- 1 産後、ご自身の気持ちやからだのことで、気がついたこと、変わったことがありますか。
いいえ
はい (_____)

- 2 ご自身の睡眠の状況はいかがですか？
(_____)

- 3 子育てについて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としてどんな方が思い浮かびますか？
(_____)

- 4 お子さんと一緒に過ごす中で、今のご自身のお気持ちはいかがですか？
・楽しいこと、やってみたいこと
(_____)

- 5 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)
(_____)

※葛巻町記入欄

(備考)

--