


小城市では、妊娠期からの出会いを大切に、安心して出産、育児ができるよう母子保健事業を行っています。生まれてくる赤ちゃんの健やかな成長を願い、アンケートを行っています。

妊婦氏名	生年月日	S・H 年 月 日生 ()歳	職業
住所	小城市 町		電話番号 — —
ママ) 初婚・再婚【こども 無・有(人 養育者:)】 未婚【入籍予定:あり(いつ頃)・なし・未定】			つながりやすい時間帯)

夫の氏名 (パートナー)	生年月日	S・H 年 月 日生 ()歳	職業
パパ) 初婚・再婚【こども 無・有(人 養育者:)】			電話番号 — —

妊娠前の身長・体重	体重 . kg	身長 . cm	BMI(.) ※担当で記入
-----------	---------	---------	-----------------

家族構成 妊婦さん からみた 続柄	同居家族()人※妊婦さん含まず	出産予定日 R 年 月 日	
	夫・パートナー・子ども()人・父・母	現在の妊娠週数 週	
	夫の父・夫の母・その他()	医療機関名:	
		分娩施設名:	

◆今回の妊娠について

1	妊娠がわかった時の気持ちはいかがでしたか(重複回答可)	①とても嬉しかった ③予想外で戸惑った ⑤特に何とも思わなかった	②予想外だったが、嬉しかった ④喜ばなかった ⑥その他()
2	妊娠を夫(パートナー)に知らせたときの様子はいかがでしたか	①喜んだ ⑤その他()	②普通 ③戸惑っていた ④関心が乏しい
3	今までの妊娠・出産の状況について	妊娠 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産	流産 <input type="checkbox"/> はい()回 <input type="checkbox"/> いいえ 死産 <input type="checkbox"/> はい()回 <input type="checkbox"/> いいえ 子どもの年齢(歳)(歳)(歳) 中絶 <input type="checkbox"/> はい()回 <input type="checkbox"/> いいえ
4	妊娠・出産の経験がある方	過去の妊娠経過はいかがでしたか	①問題なし ④高血圧 ⑥その他()
		過去の出産状況はいかがでしたか	②重いつわり ⑤尿糖 ③切迫早流産 ⑥尿たんぱく ①問題なし ②早産 ④出血多量 ⑤産後うつ ③帝王切開(理由) ⑥その他()

◆健康の状態

5	今までにかかった病気や現在治療中の体の病気などがありますか	①なし ②あり(不妊治療、婦人科疾患、甲状腺疾患、心臓病、腎臓病、高血圧、糖尿病) その他() 内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
6	今までに心療内科を受診したり、カウンセラーに心の相談をしたことがありますか?	①なし ②あり(いつ頃) 内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
7	あなたは、たばこを吸いますか(電子タバコを含む)	①もともと吸わない ②妊娠が分かってから止めた ③現在も吸っている(1日 本、 歳~)
8	家族にたばこを吸う人はいますか	①いいえ ②はい(どなたが)
9	あなたはお酒を飲みますか	①もともと飲まない ②妊娠が分かってから止めた ③現在も飲んでいる(1日 を 本)

10	あなたは年に1回以上定期的に歯科健診を受けていますか	①受けている ②受けていない ※全員記入：かかりつけ歯科医院 あり <input type="checkbox"/> ・ なし <input type="checkbox"/> (医院名) (小城市内 ・ " 市外)
11	妊娠中のむし歯や歯周病が母体や胎児に影響を与えることがあることを知っていますか	①知っている ②知らない

◆支援状況

12	里帰りはされますか	①里帰りする(県・市・町) ②自宅で過ごす ③未定 (里帰り予定： 年 月 ～産後 か月頃まで)
13	妊娠期間中に小城市外へ転出する予定はありますか。	①なし ②ある(年 月ごろ) ③未定
14	出産後の育児・家事のサポートはありますか (夫・パートナーは育休取得予定：あり・なし) (夫・パートナーの協力はあるか：あり・なし)	夫・パートナーの実家：()県・()市・()町 実家のサポート：なし・あり(サポート者↓)
		自分の実家：()県・()市・()町 実家のサポート：なし・あり(サポート者↓)
15	妊娠中や出産後、不安なことや心配なことはありますか。	①なし ②あり <input type="checkbox"/> 病気や健康状態のこと <input type="checkbox"/> 出産のこと <input type="checkbox"/> 出産後の生活について <input type="checkbox"/> 上の子どものこと <input type="checkbox"/> 夫・パートナーのこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと、家族のこと その他()
16	身近に妊娠・出産・育児について相談できる人はいますか。	①あり：夫・パートナー、父母、友人、自分の兄弟、夫の兄弟、その他() ②なし
17	今まで市役所の子育て支援係や児童相談所などの支援を受けたことがありますか。	(年ころ) 支援内容()

妊婦健康診査受診票()枚を受け取りました。

産婦(2週間・1か月)健康診査受診票()枚を受け取りました。

※受診票を紛失された場合、再発行はできません。

同意欄

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報(妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果等)について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

小城市の母子保健推進員が、家庭訪問や電話連絡等をするに承諾します。
(各地区に市から委嘱された母子保健推進員がいます。生後4か月ごろの赤ちゃん訪問の際、家庭訪問及び電話連絡を行っています。)

令和 年 月 日

小城市長 様

氏名(自署) _____

※窓口担当で記入(家族構成を聞き取り後カルテに記入) ※母子保健担当で記入

(窓口担当者)

妊娠期支援 (不要 要 済)