

# 妊娠届時アンケート

太枠内の記入をお願いいたします。

届出年月日							No.
妊婦氏名							(職員記入欄) ジェノグラム
夫または パートナー について	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	( 歳)	
	住 所	〒					
	電話番号						
	職 業						
	国 籍	日本 ・ その他 ( )					
	入籍予定	<input type="checkbox"/> 入籍済 <input type="checkbox"/> 入籍予定 <input type="checkbox"/> 予定なし					
パートナーとの関係は良好ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい							
パートナーは今回の妊娠についてどう感じていますか。 <input type="checkbox"/> とても嬉しい <input type="checkbox"/> 嬉しい <input type="checkbox"/> 予想外の妊娠であるが嬉しい <input type="checkbox"/> 予想外の妊娠で戸惑っている <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> 特に何も感じていない							
これまでの 妊娠・出産 について	過去に妊娠したことはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 回) →初めての妊娠はいつですか。( 歳)						
	流産等を経験したことはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (流産 回・死産 回・中絶 回)						
	出産の経験はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 回) →出産時の状況 ( <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 低体重児出生 <input type="checkbox"/> その他 : )						
	産後にメンタル面の不調はありましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい						
出産した お子さん について		氏 名	生年月日	出生体重	在胎週数	出生時の健康状態	
	第1子		. . ( 歳)	g	週	良・否( )	
	第2子		. . ( 歳)	g	週	良・否( )	
	第3子		. . ( 歳)	g	週	良・否( )	
	第4子		. . ( 歳)	g	週	良・否( )	
	第5子		. . ( 歳)	g	週	良・否( )	

今回の妊娠について	現在の妊娠週数は何週ですか。 妊娠（ ）週（ 年 月 日現在）
	あなたは今回の妊娠についてどう感じていますか。 <input type="checkbox"/> とても嬉しい <input type="checkbox"/> 嬉しい <input type="checkbox"/> 予想外の妊娠であるが嬉しい <input type="checkbox"/> 予想外の妊娠で戸惑っている <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> 特に何も感じていない
	今回の妊娠は不妊治療をしましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（内容： ）
	今ある症状は何ですか。 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> お腹の張り <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他：
	分娩場所は決まっていますか。 <input type="checkbox"/> 決まっている（施設名： ） <input type="checkbox"/> 未定
嗜好	タバコは吸いますか。 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日 本） <input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた 喫煙中の方のみ→ <input type="checkbox"/> やめようと思っている <input type="checkbox"/> やめるつもりはない
	同居人でタバコを吸っている人はいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（ <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> その他： ）
	お酒は飲みますか。 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 妊娠とわかってやめた
健康状態	今までに身体面でかかった病気はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> その他： 「あり」の方はお答えください。 ・現在も通院していますか。 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断 ・通院医療機関名（ ） ・主治医に妊娠していることを伝えていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・現在、日常生活に支障はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	今までに心理面・精神面で、カウンセラーや精神科医または心療内科医に相談したことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の方はお答えください。 ・現在も通院していますか。 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断 ・通院医療機関名（ ） ・主治医に妊娠していることを伝えていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・現在、日常生活に支障はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
相談・協力体制	あなたは子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	心配事を話せる人はいますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他： ）
	産後に家事や育児を手伝ってくれる人はいますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他： ）
	妊娠や出産、育児にあたり、今後不安になりそうなことはありますか。 <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 育児のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 相談者や協力者のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 生まれてくる子が無戸籍になる可能性があること※ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他（ ） ※離婚後一定期間をおかずに出産した場合や、婚姻中に他のパートナーとの子を出産した場合、(前)夫の子もとして戸籍が作られることとなります。それを避けるために出生届を提出しなければ、無戸籍となります。
妊娠・出産・子育てに関する支援を行うために、必要時には医療機関等の関係機関や転入転出先市町村と個人情報共有することについて同意いたします。	
署名： _____	