



妊娠届出時アンケート



当てはまるものにチェック☑してください。

記入日【 年 月 日】

妊婦氏名	ふりがな	記入者	本人・夫・実母・実父・その他（ ）

①	入籍していますか？	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 → {
		入籍後の予定は？ 【 <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 未定】 入籍後の姓名（ ）
②	同居している方はいますか？	<input type="checkbox"/> いる → { <input type="checkbox"/> いない
		<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 子ども（ ）人 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【妊婦を含め合計（ ）人】
③	出産までに転居の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → {
		<input type="checkbox"/> 市内（ 町）へ <input type="checkbox"/> 市内転居先未定 <input type="checkbox"/> 市外（ ）へ <input type="checkbox"/> 転居先未定
④	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？	<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"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ） ⇒それはいつ頃ですか（ 年前）・ <input type="checkbox"/> 現在治療中
⑤	今までにカウンセラーや心療内科、精神科に相談したことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → {
		<input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> うつ病（産後うつ病を含む） <input type="checkbox"/> 摂食障害 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） ⇒それはいつ頃ですか（ 年前）・ <input type="checkbox"/> 現在治療中
⑥	今回妊娠されて、今のお気持ちはいかがですか？ （複数回答可）	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 予想外だったがうれしい <input type="checkbox"/> どうしていいかわからず困っている <input type="checkbox"/> 育てる自信がない <input type="checkbox"/> 何も思わない <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑦	心配なことや困っていることはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → {
		<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 家庭環境 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 無計画な借金 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 経済難（健診や出産費用・生活費に困っている） <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑧	妊娠・出産・育児のことで、協力してくれる人はいますか？	<input type="checkbox"/> いる → { <input type="checkbox"/> いない
		<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他（ ） ⇒主な支援者【市内（ 町）・市外（ 町）】
⑨	たばこを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 前から吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠して禁煙した <input type="checkbox"/> 吸っている（ 本/日） ⇒ 禁煙の希望は？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑩	お酒（アルコール）を飲みますか？	<input type="checkbox"/> 前から飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠して禁酒した <input type="checkbox"/> 飲んでいる（ 回/週） ⇒ 禁酒の希望は？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑪	妊婦さん自身は保護者（親）に愛されて育った実感はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> どちらとも → { <input type="checkbox"/> ない → {
		<input type="checkbox"/> 日常的に保護者（親）から暴力を受けていた <input type="checkbox"/> 日常的に保護者（親）から無視されていた <input type="checkbox"/> 衣食住において十分なお世話をしてもらえなかった <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑫	今までに夫やパートナーからDV（夫や恋人からの暴力）を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（以前） → { <input type="checkbox"/> はい（現在） → {
		<input type="checkbox"/> たたたく、蹴るなど <input type="checkbox"/> 暴言や無視、物を投げるなど <input type="checkbox"/> 生活費を制限するなど <input type="checkbox"/> 性行為の強要など <input type="checkbox"/> 友人や身内との交流制限など <input type="checkbox"/> その他（ ）