



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<br><input type="checkbox"/> 未婚 → ( 入籍の予定は？ 【 <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 未定】<br>入籍後の姓 ( ) )   |
| ② | 同居している方はいますか？                           | <input type="checkbox"/> いる → ( <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<br><input type="checkbox"/> いない ( <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>【妊婦を人数合計 ( ) 人】 )                             |
| ③ | 出産までに転居の予定はありますか？                       | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり → ( <input type="checkbox"/> 市内 ( ) 町) ^ <input type="checkbox"/> 市内転居先未定<br><input type="checkbox"/> 市外 ( ) ^ <input type="checkbox"/> 市外転居先未定 )   |
| 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<br><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<br><input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>⇒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<br><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<br><input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 知的障害<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>⇒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？<br>(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<br><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<br><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"/> 借金 <input type="checkbox"/> 失業<br><input type="checkbox"/> 経済難 (健診や出産費用・生活費に困っている)<br><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"/> 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>妊婦の実家→本市 ( ) 他市 ( )<br><input type="checkbox"/> いない 夫の実家→本市 ( ) 他市 ( ) )  |
| 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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> どちらとも→ 言えない ( <input type="checkbox"/> 日常的に保護者(親)から暴力を受けていた<br><input type="checkbox"/> 日常的に保護者(親)から無視されていた<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) )<br><input type="checkbox"/> ない →   |
| 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<br><input type="checkbox"/> はい (以前) → ( <input type="checkbox"/> たたく、蹴るなど <input type="checkbox"/> 暴言や無視、物を投げるなど<br><input type="checkbox"/> 生活費を制限するなど <input type="checkbox"/> 性行為の強要など<br><input type="checkbox"/> 友人や身内との交流制限など<br><input type="checkbox"/> はい (現在) → ( <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) )                    |