

妊娠おめでとうございます！

鳩山町では妊娠中から妊婦さんの不安なことや心配なこと等のご相談にのり、出産後も子育てのお手伝い出来るようにアンケートのご協力をお願いしています。お答えいただいた内容につきましては、個人情報として取り扱い、プライバシーを保護します。

ふりがな		生年月日	年 月 日生 () 歳
妊婦氏名			
住 所	鳩山町	ご連絡先	携帯電話
通知送付先			電話番号
出産予定日	年 月 日	健康保険 の 種 類	国保・社保・その他 ()
妊娠週数	妊娠 () 週 単胎 ・ 双胎		

1	初めての妊娠ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (第 子)
2	妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか。(一番近いものに☑をつけてください) <input type="checkbox"/> とてもうれしかった <input type="checkbox"/> 驚いた <input type="checkbox"/> 特になんとも思わなかった <input type="checkbox"/> その他 ()
3	分娩施設は決まっていますか <input type="checkbox"/> はい (分娩施設 : <input type="checkbox"/> いいえ
4	妊婦健康診査を定期的に受診していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。きちんと妊婦健診を受けましょう。
5	現在の体調はいかがですか <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> なんともいえない (具体的に) <input type="checkbox"/> 悪い
6	今までにかかった病気や、現在治療中の病気がありますか <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心の病 (うつ病など) <input type="checkbox"/> その他 ()
7	今までに流産、早産、未熟児の出産等の経験がありますか <input type="checkbox"/> はい [流産 回・早産 回・死産 回・その他 ()] <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、お仕事をしていますか <input type="checkbox"/> はい [常勤・パート・自営・その他 ()] <input type="checkbox"/> 妊娠を機に退職した <input type="checkbox"/> いいえ
9	現在、お酒を飲んでいますか <input type="checkbox"/> はい (お酒の種類 1日 合) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠したのでやめた

10	現在、たばこを吸っていますか <input type="checkbox"/> はい（1日 本） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠したのでやめた
11	婚姻形態についてお聞きします <input type="checkbox"/> 既婚（初婚）（ 才） <input type="checkbox"/> 再婚（ 才） <input type="checkbox"/> 入籍予定 <input type="checkbox"/> その他（ ）
12	同居家族についてお聞きします。 ・何人家族ですか（ ）人 ・家族構成を教えてください（ ）
13	里帰りをする予定はありますか <input type="checkbox"/> はい（里帰り場所： ） <input type="checkbox"/> いいえ
14	ご自身には、子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか （一番近いものに☑をつけてください） <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
15	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（ ）
16	出産にむけて、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 （ ） ・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） （ ）

外国人の方へ

17	あなたの母国語は何ですか （ ）
18	日本語を話すことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 日常会話が可能 <input type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました。

※町記入欄

(備考)		
------	--	--

手帳 No.	受付日	面接者

