

ゆりかごくにたち アンケート

ギフトNO: _____

市役所 _____

国立市ではお母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため、お母さんが安心して子育てに向かえるように妊娠中から応援していきたいと考えています。そのために、下記のアンケートへのご回答をお願いします。

1. 妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか？	① 嬉しかった ② 予想外だが嬉しかった ③ 戸惑った・困った ④ 特に何とも思わなかった
2. あなたの体調はいかがですか？ (あてはまるものすべてに○をつけてください)	① 良い ② 疲れやすい ③ 眠れない ④ 食欲がない ⑤ その他 (_____) 身長: _____ cm、妊娠前体重: _____ kg、BMI (面接者記入): _____
3. これまでの妊娠について	① 妊娠回数 (流産・死産・中絶含む): 今回の妊娠を含めて (_____) 回 ② これまでの出産回数: (_____) 回
4. あなたは今まで病気にかかったことはありますか？	① いいえ ② はい a. 心疾患 b. 高血圧 c. 糖尿病 d. 腎疾患 e. 甲状腺疾患 f. 精神疾患 g. その他 (_____)
5. 現在、治療中の病気はありますか？	① いいえ ② はい 病名: _____ 服薬: なし ・ あり (薬名: _____)
6. パートナーとの入籍について	① 入籍 ② 未入籍 (a. 入籍予定 b. 入籍予定なし)
7. あなたはタバコを吸いますか？	① いいえ ② やめた (いつ頃: _____) ③ はい: 1日 (_____) 本 (_____) 歳から ④ 家族が吸う
8. あなたはお酒を飲みますか？	① いいえ ② やめた (いつ頃: _____) ③ はい: 1回飲酒量 (_____) ml
9. 現在ペットを飼っていますか？	① いいえ はい (種類: _____)
10. あなた自身は、子供の頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか？	① はい ② なんとなくある ③ あまりない ④ ない
11. 困ったときに相談できる方はいらっしゃいますか？	① はい [a. 夫 (パートナー) b. 実父・実母 c. 義理の父・母 d. 兄弟姉妹 e. 友人 f. その他 (_____)] ② いいえ
12. 妊娠・分娩にかけて協力してもらえる方はいらっしゃいますか？	① はい [a. 夫 (パートナー) b. 実父・実母 c. 義理の父・母 d. 兄弟姉妹 e. 友人 f. その他 (_____)] ② いいえ
13. 妊娠中や、出産後に心配なこと、不安なことはありますか？ (複数回答可)	① 特にない ② ある a. ご自身の身体のこと b. ご自身の精神面のこと c. 育児のこと d. 経済的なこと e. 仕事のこと f. ご家族のこと (父/パートナーについて ・ 上の子について ・ 他)
14. その他、ご相談したいことがありましたらご記入ください。	

ご協力ありがとうございました。後日、市役所保健師・助産師がお電話させていただく場合がございます。

妊娠届出書と異なる連絡先を希望される場合は、連絡先をお知らせください。(連絡先: _____)

なお、ご記入いただいた内容は、個人情報として取り扱い、目的以外には利用しません。

上記の事項について、支援に必要となる場合は医療機関及び関係機関等へ情報提供することに同意します。

妊婦氏名 _____

年 月 日

転入者用記載欄

ふりがな 妊婦の氏名	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)	職業
ふりがな 夫の氏名	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)	職業
住所	国立市	電話番号	自宅・携帯 ()
妊娠届出日 (手帳交付日)	年 月 日	妊娠週数	満 週 (第 月)
今回の妊娠	初産・経産 (第 子)	単胎 ・ 双胎以上	
分娩予定日	年 月 日		
妊娠期間中の 受診医療機関			
出産予定医療機関 ※上記と異なる場合	・ 未定		
里帰り先住所 (予定の方のみ)		連絡先	() ※上記連絡先と異なる場合
転出予定 (ある方のみ)	年 月 日		
<備考>			

受付者 _____ (日付： 年 月 日)