

妊娠おめでとうございます。益城町では安心して妊娠・出産・子育て期を過ごしていただけるように、妊娠期からサポートを行っております。皆様に応じたサポートを行うために本質問票にご記入をお願いします。

🌸🌸🌸 妊娠届出時質問票 🌸🌸🌸

妊婦氏名 (ふりがな)

記入日：令和 年 月 日
妊娠週数 (週)

1 結婚、今回の妊娠について記入してください

結婚	<input type="checkbox"/> 結婚している → ご自身 () 歳の時、夫 () 歳の時		
	<input type="checkbox"/> 結婚していない → <input type="checkbox"/> 入籍の予定あり (月頃) <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 入籍しない		
今回の妊娠	単体・多胎 () 人	不妊治療	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
妊娠の診断を受けた医療機関		出産予定日	令和 年 月 日
出産予定医療機関	<input type="checkbox"/> 現在の医療機関 <input type="checkbox"/> 他の医療機関等 () <input type="checkbox"/> 未定		

2 これまでの妊娠・出産・産後のことについて記入してください (流産・死産を含む)

年月日	氏名	性別	出生体重 週数	妊娠・分娩・産後の疾病等	妊娠中の 体重増加	栄養方法	その他
年 月 日 歳	ふりがな	男 女	g 週	・妊娠高血圧 ・妊娠糖尿病 ・切迫早産 ・貧血 ・帝王切開 ・産後うつ ・流産・死産 ・その他 ()	非妊娠時より () kg 増加	・母乳 ・混合 ・ミルク	
年 月 日 歳	ふりがな	男 女	g 週	・妊娠高血圧 ・妊娠糖尿病 ・切迫早産 ・貧血 ・帝王切開 ・産後うつ ・流産・死産 ・その他 ()	非妊娠時より () kg 増加	・母乳 ・混合 ・ミルク	
年 月 日 歳	ふりがな	男 女	g 週	・妊娠高血圧 ・妊娠糖尿病 ・切迫早産 ・貧血 ・帝王切開 ・産後うつ ・流産・死産 ・その他 ()	非妊娠時より () kg 増加	・母乳 ・混合 ・ミルク	
年 月 日 歳	ふりがな	男 女	g 週	・妊娠高血圧 ・妊娠糖尿病 ・切迫早産 ・貧血 ・帝王切開 ・産後うつ ・流産・死産 ・その他 ()	非妊娠時より () kg 増加	・母乳 ・混合 ・ミルク	
年 月 日 歳	ふりがな	男 女	g 週	・妊娠高血圧 ・妊娠糖尿病 ・切迫早産 ・貧血 ・帝王切開 ・産後うつ ・流産・死産 ・その他 ()	非妊娠時より () kg 増加	・母乳 ・混合 ・ミルク	

3 答えられる範囲で以下の項目にや○などを記入してください

(1) ご家族等のこと

① 同居されている家族はいますか？
<input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> 子ども () 人 <input type="checkbox"/> ご自身の母 <input type="checkbox"/> ご自身の父 <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) の母 <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) の父 <input type="checkbox"/> その他 ()
② ご自身、夫 (パートナー) の実家はどちら (市町村) ですか
ご自身： (市町村) 夫 (パートナー)： (市町村)
③ 妊娠中や産後に協力してくれる人はいますか？ (いくつでも可) <input type="checkbox"/> 誰もいない
<input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> ご自身の母 <input type="checkbox"/> ご自身の父 <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) の母 <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) の父 <input type="checkbox"/> その他 ()
④ 困ったときに相談できる、頼ることができる人はいますか？ (いくつでも可) <input type="checkbox"/> 誰もいない
<input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> ご自身の母 <input type="checkbox"/> ご自身の父 <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) の母 <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) の父 <input type="checkbox"/> その他 ()
⑤ ステップファミリー (子連れ再婚家庭) ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

(2) ご自身の気持ちや体のこと

① 妊娠がわかってどのような気持ちですか？ (いくつでも可)
<input type="checkbox"/> とても嬉しかった <input type="checkbox"/> 予定外だったが嬉しかった <input type="checkbox"/> 驚き、戸惑った <input type="checkbox"/> 不安、困った <input type="checkbox"/> 出産を迷っている <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 ()

② 妊娠前の身長と体重は？
 身長（ ） cm 体重（ ） kg BMI（ ） ←職員が記入

③ 妊娠してからの体調はいかがですか？
 特に体調に変わりはない
 体調に変化があった → つわり・出血・お腹の痛みや張り・むくみ・睡眠不足・疲労感・腰痛・頭痛
 おっぱいの張りや痛み・気分の浮き沈み・その他（ ）

④ 睡眠や休養は取れていますか？ はい いいえ

⑤ これまでに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科または心療内科医師などに相談した又は相談したいと思ったことはありますか？
 いいえ はい（ ）

⑥ これまでに大きな病気や手術をしたことがありますか？ または、現在治療中の病気がありますか？
 なし
 あり 心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・心の不調・アレルギー・その他（ ）
 ※ それは何歳の時ですか？ （ ） 歳頃
 ※ 治療中ですか いいえ はい（受診先： ）

⑦ お口のことで気になることがありますか？ いいえ はい（ ）
 歯科衛生士との歯科相談を希望しますか？ → はい

⑧ 福祉関係の手帳をお持ちですか？ いいえ はい（種類： 手帳）

(3)生活習慣のこと

① 食事のことで気になることがありますか？ いいえ はい（ ）
 栄養士との栄養相談を希望しますか？ → はい

② ご自身はお酒を飲みますか？
 妊娠してからやめた いいえ はい（毎日、週2～3回、週1回以下）

③ タバコを吸いますか？
 ご自身： 妊娠してからやめた 吸わない 吸う（現在 本/日）
 同居家族： 吸わない 吸う（誰が 本/日） → 分煙している 分煙していない

4 「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」や「相談したいこと」がありますか？

妊娠・出産のこと 経済的なこと ご自身の体のこと 夫婦（パートナー）関係のこと
 家族関係のこと 上の子のこと 住居や環境のこと その他
 〔 具体的にはどんなことですか？ 〕

5 どんな妊娠期を過ごしたいですか？

(例) 仕事(家事)を頑張らずぎない。○○などの自分らしく過ごす時間を十分作りたい。
 夫と○○をして2人の時間を大切に過ごしたい。 など

妊娠・出産・子育て期に必要なサービスの提供や情報提供、よりよいサポート体制づくりに必要となる場合は、記載された内容を関係機関や医療機関等と情報共有し、保健福祉センター職員や関係機関、医療機関から連絡・訪問等があることについて同意します。

署名 (本人・代理人)