

母子健康手帳申請時 アンケート

氏名

この確認票は、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康と安全を守るために活用させていただきます。
 秘密は厳守いたしますのでご協力ください。該当するものを○で囲み、()内にご記入ください

家族構成 同居のご家族に○をつけてください 妊婦を除く同居人数 () 人 ・夫(パートナー) ・子ども() 人 ・実父 ・実母 ・義父 ・義母 ・その他()	生活習慣 朝食(つわり前) ・毎日食べる ・時々食べない ・食べない日が多い ・ほとんど食べない 喫煙 ・吸わない ・吸っている(本/日) ・これからやめる ・妊娠してやめた 同居人の喫煙 ・吸わない ・吸う(誰) 歯科検診 1年以内に ・受けた ・受けていない お酒 ・飲まない ・妊娠してやめた ・飲む(毎日・たまに)		
		身長・体重についてお聞きます。	身長 . cm 妊娠前の体重 . kg
		現在の妊娠についてお聞きます。	妊娠()週 単胎・多胎()
		現在の体調はいかがですか。	・良好 ・不良【つわり ・ その他()】
分娩予定施設は決まっていますか。	・はい(予定施設:) ・いいえ		
今までの妊娠・出産で該当することはありますか。	いいえ はい ・流産 ・早産 ・妊娠糖尿病 ・妊娠高血圧症候群(高血圧・蛋白尿) ・2,500g未満の出産 ・多胎 ・帝王切開 ・気持ちの落ち込みがあった ・その他()		
今回の妊娠についてお聞きます。	・自然に妊娠した ・治療して妊娠した		
妊娠がわかったときの気持ちに一番近いものはどれですか。	・とてもうれしかった ・予想外であったがうれしかった ・予想外で戸惑った ・特になんとも思わない ・困った		
これまでに病気にかかったことがありますか。	・いいえ ・はい【糖尿病・高血圧・腎臓病・心臓病 ・こころの病気(うつ・不安症など) その他()】		
現在、治療中の病気がありますか。	・いいえ ・はい 病名()		
出産後は、どちらで過ごす予定ですか。	・自宅 ・自宅以外【柏崎市内 ・ 県内() ・ 県外()】 ・未定		
妊娠・出産・育児に協力してくれる人がいますか。	・夫(パートナー) ・実父母 ・義父母 ・きょうだい ・友人 ・その他() ・いない		
困った時に相談できる人はいますか。	・夫(パートナー) ・実父母 ・義父母 ・きょうだい ・友人 ・その他() ・いない		
現在、心配なこと、不安なことはありますか。	・ない ・ある【育児のこと ・経済的なこと ・健康のこと(本人、家族) ・仕事との両立 ・上の子の子育て ・パートナーとの関係 ・その他()】		
妊娠・出産について聞いてみたいこと、情報が欲しいものはありますか。	・ない ・ある()		

出産と子育てに関する支援及び災害時の安否確認のため、妊娠届・調査票の内容について、医療機関と市が情報共有することに同意します。 令和 年 月 日

妊婦氏名 連絡先(携帯)

※ 調査票の内容により保健師から連絡させていただく場合がございます。
 ※ 出産・子育て支援のため、この情報について統計的な処理を行い、公表することがありますが、個人を特定されることはありません。

※ 子育て支援課確認欄 母子健康手帳番号: 受付者: