

妊娠届出時の問診票

ご妊娠おめでとうございます。妊娠・出産・子育てを応援するために使用しますので、妊婦さんご自身で該当箇所にチェック☑または () 内にご記入をお願いします。



◎今までの妊娠・出産等について

1. 妊娠回数	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> () 回目
2. 出産回数	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> () 回 流産 () 回・死産 () 回・中絶 () 回
3. 不妊治療の有無 ※助成を受けられることがあります	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
4. 今までの妊娠中の状況	(身体面) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり (妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・その他) (心配・不安なことはありましたか) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (どのようなこと:)
5. 現在、つわり等体調不良はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () (つわりで吐くことはありますか あり・時々・吐き気のみ)
6. 妊娠がわかった時の気持ち	<input type="checkbox"/> とても嬉しかった <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが嬉しかった <input type="checkbox"/> 嬉しくなかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑った <input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった

◎健康状態について

1. 身長・体重	() cm () Kg			
2. 今までに病気または手術をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> なし	年齢	病名	治療
		例) 幼少期	小児ぜんそく	吸入薬
		例) 25歳	甲状腺機能亢進症	内服中
3. 今までにこころの不調が原因で医療機関を受診したことがありますか	<input type="checkbox"/> なし	年齢	病名	治療
		例) 18歳	パニック・過換気	カウンセリング
		例) 21歳	うつ・不安神経症	内服中
4. 血のつながった家族(両親・祖父母・きょうだい)に治療中の方はいますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・その他)			

※裏面もご記入おねがいます。

お名前 () 年 月 日交付 No.

◎生活習慣について

1. 妊婦さんの喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸う (本/日)
2. 夫 (パートナー) の喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 禁煙中 <input type="checkbox"/> 吸う (同室で・別室で・屋外で)
3. 妊婦さんの飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲む (週 回程、量は)
4. 妊婦さんの薬の服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
5. ペットを飼っていますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
6. ガーデニングなど土いじりをしますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

◎生活環境について

1. 波佐見町には何年お住まいですか	() 年
2. 妊娠中に転出する予定がありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月頃 転出先:)
3. 出産前後に里帰りを予定していますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月頃～ 里帰り先:)
4. 産後に協力してくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
5. 悩んでいる時、相談できる相手や 機関はありますか ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 誰もいない <input type="checkbox"/> あり (①夫・パートナー ②きょうだい ③実家 ④友人 ⑤産婦人科 ⑥保健師 ⑦インターネット ⑧その他)
6. 同居家族構成 (妊婦さんからみた続柄)	<input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> 子ども (人) <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実祖父 <input type="checkbox"/> 実祖母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他 ()
7. 世帯の経済状況	<input type="checkbox"/> 大変ゆとりがある <input type="checkbox"/> ややゆとりがある <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや苦しい <input type="checkbox"/> 非常に苦しい

◎その他

1. 今、心配なことはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ①妊娠中の生活 ②出産のこと ③食事・栄養 ④仕事 ⑤経済面 ⑥夫・パートナーとの関係 ⑦家族関係 ⑧上の子の育児 ⑨ご自身の健康面 ⑩その他 ()
2. 波佐見町で実施している妊婦教室に 参加したいと思いませんか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※はい の方は事前に通知をお送りします。