

# 妊婦さんアンケート




NO.

記入日: 年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日	年齢	職業	予定(産休・育休・退職) 健康保険(社保・国保) (本人・扶養)
		昭和 平成	年 月 日		
夫 パートナー 氏名	ふりがな	生年月日	年齢	職業	健康保険(社保・国保) (本人・扶養)
		昭和 平成	年 月 日		
住所	古賀市		現住所での 居住年数	年 月 日 在 住	
妊娠中の 転出予定	ない・ある ( 月頃 )			電話 番号	連絡がしやすい時間帯 ( )
妊娠 週数	週	出産 予定日	年 月 日	診断を受けた 医療機関名	
妊娠前の生理周 期について	順調・不順	婚姻日 (予定)	年 月 ( 歳)	今回の妊娠につ いて	今回の出産は( )回目
今回の 妊娠経過	経過順調・その他( )			妊娠歴	*市記入欄
多胎(双子以上) 妊娠の有無	無・有( )人				過去の妊娠 ( )回
今回の妊娠における 不妊治療の有無について	あり・なし				出産 ( )回
					流産 ( )回
里帰り出産の予定	無・有 ⇒ 里帰り先 ( 県 市・町・村) 時期 ( 月頃・未定 )			死産 ( )回	中絶 ( )回
家族構成 妊婦さんからみた続柄で 同居者に○して下さい。	同居家族数( )人 *妊婦さん含まず 夫・パートナー・子ども( )人・父・母・祖父・ 祖母・夫の父・夫の母・その他( )				*市記入欄
身長・妊娠前の 体重	身長 cm	BMI	*市記入欄 妊娠前の体重( )Kg 身長( )m × 身長( )m =		
現在の体重	体重 kg				
20歳の頃の 体重	kg	過去の最高体重 (妊娠時を除く)	kg( 歳頃)		
あなたが生まれたとき の体重	( )週	体重( )g			
血のつながったご家族(父・母・祖父母・ 兄弟姉妹)の中で治療中の方はいますか	無・有 → 1 糖尿病 2 高血圧 3 心臓病 4 腎臓病 5 がん(悪性腫) 6 その他( )				
治療中の病気や過去に言 われた病気はありますか	無・有 → 1 糖尿病 2 高血圧 3 心臓病 4 腎臓病 5 貧血 6 喘息 7 子宮等の病気 8 抗リン脂質抗体症候群 9 甲状腺疾患 10 アレルギー疾患 11 その他 ( )				
今までに精神的な事でカウンセラーや心療内科、精神科医 院などに受診や相談をしたことがありますか	無・有(妊娠前・妊娠中・産後)( )歳頃 内服(有・無)				
不安はありますか	ない・ある [ 妊娠・出産・育児・経済面(生活費・出産費用・出産後の費用)・その他 ]				
今回の妊娠で不安なことや 心配なこと、知りたいこと などご記入ください。					
妊娠がわかった ときの気持ち	とても嬉しかった・予想外で驚いたが嬉しかった・予想外でとまどった 特に何とも思わなかった・困った				

裏面へ

朝食について	毎日食べる・週3~4回は食べる・ほとんど食べない		
飲酒の有無	無・妊娠中やめた・有(内容・量)	内服薬・サプリメント	
喫煙の有無	無・妊娠中やめた・有(本/日)	同居家族の喫煙	無・有(喫煙者: 喫煙場所:)
家事・育児の協力者はいますか	いない・いる(夫・パートナー・実母・義母・兄弟姉妹・友人・その他( ))		
相談相手について	夫(またはパートナー)には何でも打ち明けることができますか? (はい・いいえ)		
	お母さんには何でも打ち明けることができますか? (はい・いいえ)		
	夫(またはパートナー)やお母さんの他にも相談出来る人はいますか? (はい: 誰に・いいえ)		
 古賀市では、赤ちゃんとお母さんが安心して出産・育児を迎えるために、状況に応じて医療機関等へ情報提供を行い、一緒に支援していきたいと考えております。 情報を提供することに同意していただけますか。 (はい・いいえ)			
*アンケートはお母さんや家族を支援する目的以外で使用することはありませんのでご安心ください。			



★出産が2回目以降の妊婦さんは、これまでの妊娠・出産についてご記入ください。

お子さんの名前				
生年月日・年齢	H・R 年 月 日( 歳)	H・R 年 月 日( 歳)	H・R 年 月 日( 歳)	H・R 年 月 日( 歳)
出産した時の年齢	歳	歳	歳	歳
出生週数	週 日	週 日	週 日	週 日
出生体重	g	g	g	g
お産方法	自然・誘導・帝王切開	自然・誘導・帝王切開	自然・誘導・帝王切開	自然・誘導・帝王切開
妊娠前の体重	kg	kg	kg	kg
妊娠中の体重増加量	kg (+ kg)	kg (+ kg)	kg (+ kg)	kg (+ kg)
妊娠中の喫煙	有・無	有・無	有・無	有・無
妊娠・出産でのトラブル	有・無	有・無	有・無	有・無
上記で有の方へ 該当する症状に○をつけてください。	重度のつわり・血圧高め 尿蛋白・尿糖・むくみ 妊娠高血圧症候群・貧血 妊娠糖尿病・切迫早産 出血多量・その他( )	重度のつわり・血圧高め 尿蛋白・尿糖・むくみ 妊娠高血圧症候群・貧血 妊娠糖尿病・切迫早産 出血多量・その他( )	重度のつわり・血圧高め 尿蛋白・尿糖・むくみ 妊娠高血圧症候群・貧血 妊娠糖尿病・切迫早産 出血多量・その他( )	重度のつわり・血圧高め 尿蛋白・尿糖・むくみ 妊娠高血圧症候群・貧血 妊娠糖尿病・切迫早産 出血多量・その他( )
市記入欄				

アンケートは以上です。ご記入ありがとうございました。

市記入欄	【担当者】
受付日( 年 月 日 ) 血圧 / mmHg	<input type="checkbox"/> 健かる入力 <input type="checkbox"/> システム確認
出産・子育て応援補助金	<input type="checkbox"/> 申請書配布(代理: ) <input type="checkbox"/> 面談実施( 月 日予定)
くるサポ訪問予定( 月)	
備考:	