

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	該当に ○を→予定(産休・育休・退職) 健康保険(社保・国保)
			昭和 平成	年 月 日	歳		
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	連絡が付きやすい時間帯 ()	
妊娠 週数	週	出産 予定日	年 月 日	診断を受けた 医療機関名			
里帰り出産 の有無	無・有 ⇒ (県 市・町・村)			多胎(双子以上) 妊娠の有無		無・有 () 人	
家族構成 妊婦さんからみた続柄で 同居者にして ください。		同居家族数 () 人 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()					
夫 パートナー 氏名 (生年月日)	ふりがな			職業	*市が記入 健康保険(社保・国保)		
	(昭和・平成 年 月 日 生 歳)						
身長・非妊時の 体重	身長	cm	BMI	妊娠前の体重()Kg			
	体重	kg		身長()m × 身長() = (*市が記入)			
現在の体重	kg						
20歳の頃の体重	kg	過去の最高体重	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(悪性腫瘍) 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			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 無・有 → 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)				
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]						
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:)			
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						
これまでに流産や死産、1年以内にお子さんを亡くされたことがありますか					無・有 ()ヶ月前		

裏へつづく

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				
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)				
今回の妊娠について	不妊治療の有無 (あり ・ なし)	妊娠歴	過去の妊娠	1 流産 回	2 死産 回
	今回の出産は()回目		回	3 中絶 回	4 出産 回
今回の妊娠経過	経過順調 ・ 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。					



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、上のお子さんの妊娠中の経過についてお答えください。

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)
妊娠した時の年齢	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
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
* 上記の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()



アンケート記入ありがとうございました。
ご不明点などありましたら、お気軽におたずねください

* 職員チェック欄(市記入)	受付日(年 月 日)	血圧 / mmHg	【担当者】
くるサポ訪問予定 (月)	電話連絡 ()	訪問予定日 ()	実施日 ()
備考:			【訪問担当者】