

妊娠届出時アンケート

妊婦さんが不安なく妊娠期をお過ごしいただくため、アンケートへのご記入をお願いしております。

| | | |
|----|--|--|
| 1 | 妊娠してからの 体調はいかがですか？ | 1.良い 2.良くない 【 つわり 貧血 不眠 不安 イライラする 涙もろい 】 3.その他 () |
| 2 | 妊娠がわかった時のお気持ちはいかが でしたか？いちばん近いものに○印を おつけください。 | 1.うれしかった 2.予想外で驚いたがうれしかった 3.予想外で驚き戸惑った 4.困った 5.特に何も思わなかった 6.その他() |
| 3 | 今までにかかった病気や、現在治療中 の病気はありますか？ | 1.ない 2.ある <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> こころの病気() <input type="checkbox"/> その他() |
| 4 | 現在、お酒を飲んでいますか？ | 1.はい 2.いいえ |
| 5 | 現在、たばこを吸っていますか？ | 1.はい 2.いいえ |
| 6 | 現在、同居しているご家族で たばこを吸っている方はいますか？ | 1.はい(吸っている方はどなたですか？:) 2.いいえ |
| 7 | 同居のご家族はいますか？ | 1.夫・パートナー(連絡先:) 2.子ども()人(歳・ 歳・ 歳・ 歳) 3.自分の親 4.夫・パートナーの親 5.単身 6.その他() |
| 8 | 入籍について | 1.入籍済み 2.入籍予定あり(年 月) 3.入籍予定なし |
| 9 | 妊娠・出産のことで、相談できる方や 協力してくれる方はいますか？ | 1.はい <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 自分または夫の親 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他() 2.いいえ |
| 10 | 生活が苦しいなど、経済的な不安があ りますか？ | 1.はい (<input type="checkbox"/> 生活保護を受けている) 2.いいえ |
| 11 | 出産・育児について、心配なことは ありますか？ | 1.特になし 2.出産・お腹の子どものこと 3.経済的なこと 4.上の子どものこと 5.健康面のこと 6.仕事のこと 7.育児のこと 8.夫・パートナーとの関係 9.自分の父母のこと 10.夫・パートナーの父母のこと 11.その他 () ご自由にお書きください [] |

がいこくせきのかたへ

外国籍の方へ

| | | |
|----|--------------------------|--|
| 12 | ふだん はなしている ことばは なんですか？ | えいご ちゅうごくご ベトナムご みゃんまーご <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> ミャンマー語 |
| | 普段、話している言葉は何ですか？ | はんぐるご ほか <input type="checkbox"/> ハンガール語 <input type="checkbox"/> その他() |
| 13 | あなたは にほんごを はなせますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> すこし <input type="checkbox"/> いいえ |
| | あなたは日本語を話せますか？ | |
| 14 | パートナー、ご家族は日本語を話せま すか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> すこし <input type="checkbox"/> いいえ |
| | パートナー、ご家族は日本語を話せま すか？ | |

【確認事項】

- 所沢市では、妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援をしております。
助産師や保健師等から、お電話をさせていただく場合や、医療機関等の関係機関にご連絡させていただく場合が
あります。また、赤ちゃんが生まれたご家庭にお電話をしております。

フリガナ
妊婦氏名

妊娠週数()週

妊娠届出日

20 年 月 日

※以下職員記入欄

| | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| アンケート收受日 | 2 | 0 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |
| 健管番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |