

受診票番号

受付日 年 月 日

転入された妊婦さんへ

あなたと赤ちゃん★応援アンケート



★妊婦さんの事を教えてください。

転入前住所 都・道・府・県 市・町・村 転入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢	職業
妊婦氏名		S・H		
		年 月 日		
		①既婚（初婚・再婚）	②未婚（入籍予定 ⇒ あり・なし）	
ふりがな		生年月日	年齢	職業
夫氏名 (パートナー)		S・H		
		年 月 日		
住所	(〒 -)	妊婦携帯電話	-	-
		夫携帯電話 (パートナー)	-	-
※妊娠中の引っ越し予定 ⇒ 無・未定・有 (月頃)				
出産予定日	年 月 日	健康保険の種別 (○をつけてください)	① 社 保	
特記事項	①単胎 ②多胎 (胎)		② 国 保	
出産予定施設			③ いずれでもない	

★裏面のアンケートにお答え下さい。

こども家庭センター処理欄

*出産応援ギフト 前市町村で 済 ・ 未

*あなたの妊娠・出産・子育てを応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1	現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ（理由）	
2	今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産（出産回数 回）	
3	流産・早産等を 経験したことがありますか。	①なし ②あり（流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回）	
4	今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①はい ②いいえ	
5	今回の妊娠が分かった時は どんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他（内容）	
6	里帰りの予定はありますか。	①はい⇒ 住所 世帯主氏名 電話番号 滞在予定期間	
		②いいえ	
7	困った時に助けてくれる人はいますか。	①はい（夫、実母、実父、義母、義父、友人、その他） ②いいえ	
8	現在、「困っていること」「悩んでいること」 「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり⇒ ㊦妊娠・出産について ㊧経済的なこと ㊨自分の身体のこと ㊩夫婦（パートナー）関係のこと ㊪家族関係のこと ㊫育児の仕方 ㊬その他（）	
9	現在、あなたはタバコを吸いますか。	①はい（ 本/日 ） ②妊娠してやめた ③いいえ	
10	現在、夫（パートナー）や同居家族は、 タバコを吸いますか。	①はい 同室内（それは誰ですか） ②いいえ 同室外（それは誰ですか）	
11	現在、アルコールを飲みますか。	①はい（ 回/週） ②いいえ	
12	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なし	
		②あり	病名 心臓病 ・ 高血圧 ・ 慢性腎炎 ・ 糖尿病 肝炎 ・ こころの病気（病名） その他（）
		いつ頃	（ 年頃）
		治療状況	現在治療中 完治 その他（）
13	この1年間に、2週間以上続く「眠れない」 「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる 気がしない」などの症状がありますか。	①はい いつ頃ですか（ 年 月頃から） ②いいえ	
14	出産～産後1か月までの間、家事や育児を手 助けしてくれる方はいますか？	①はい（誰） ②いいえ・わからない	

✪このアンケートについて、保健師から様子を伺う場合があります。

★保健師に相談したいこと、気がかりなことがありましたらご記入ください。

おつかれさまでした。ご協力ありがとうございました。



新城市こども家庭センター

