

《妊娠届出時のアンケート》

菊池市では妊娠中からあなたの子育て支援を行っています。答えられる範囲で以下の項目に○か☑をご記入ください。

氏名： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

妊婦さんの体のこと	①初産または前回の妊娠から5年以上経過していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	②ご自身が低出生体重児（2500g未満）でしたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	③ご自身が早産児（妊娠37週未満での出生）でしたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	④母・姉妹が妊娠高血圧症候群になったと聞いたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	⑤現在、治療中（未治療）の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	はいの方は以下の病気がありますか。			
	高血圧症 腎臓病 糖尿病 甲状腺機能亢進症 多嚢胞性卵巣症候群（PCOS） 抗りん脂質抗体症候群			
	⑥両親かきょうだいのいずれかが糖尿病ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	⑦過去の妊娠で尿糖（+以上）がでたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	⑧過去に4000g以上のこどもを出産したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑨過去の妊娠で羊水過多と言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
⑩ご自身はたばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
妊娠・出産について	①現在のあなたの年齢（妊婦）はおいくつですか。	（ _____ 歳）		
	②妊娠中や産後すぐの市外への転出予定がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	③現在の妊娠週数はどれくらいですか。	（妊娠 _____ 週）		
	④親や家族に愛されていないと感じたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	⑤ステップファミリー（子連れ再婚家庭）にあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	⑥妊娠して今の気持ちはいかがですか。	うれしい	不安	
		とまどいがある	その他（ _____ ）	
	⑦今まで、こころの不調で受診したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	⑧福祉関係の手帳はお持ちですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	持っている方は内容をお書きください。	（ _____ ）		
	⑨経済的不安がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	⑩過去の妊娠経過であてはまるものがありますか。			
	妊娠糖尿病	妊娠高血圧症候群	流産（ _____ 回）	死産（ _____ 回）
早産（37週未満の出産）	産後うつ			
⑪未入籍の方は、今後入籍の予定はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい		
⑫妊娠中から産後にかけて支援してくれる人がいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい		
（はいの方はどなたですか？ 例：夫 実母など _____ ）				
⑬妊娠や出産、育児について困っていることや相談したいことがあったらご記入ください。	（ _____ ）			
【どんな妊娠期を過ごしたいですか】				

健やかな妊娠期を送れることを目的に健診結果等について、市役所と医療機関等で情報を共有することに同意します。

署名： \_\_\_\_\_

記載欄 ( \_\_\_\_\_ )から( \_\_\_\_\_ )へ \_\_\_\_\_ 日付  
( \_\_\_\_\_ )から( \_\_\_\_\_ )へ