



妊婦健康相談アンケート



太枠内の当てはまるところに○をつけてください

1	現在の健康状態はいかがですか。 ・ よい ・ 何ともいえない（具体的に ） ・ 悪い		
2	妊娠がわかったときの気持ちについて、もっとも近いものに○をつけてください。 ・ うれしい ・ 予想外だがうれしい ・ 驚き、とまどった ・ 困った ・ 特になんとも思わない ・ 不安 ・ その他（ ）		
3	今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、またはお産の時に医師から何か問題があるといわれていますか。	いいえ	はい
4	これまでに流産や死産、出産後 1 年間にお子さんを亡くされたことがありますか。	いいえ	はい
5	今回の妊娠は、不妊治療をしましたか。	いいえ	はい
6	出産予定病院を記入してください。	病院名（ ）	
7	里帰りはしますか。 妊婦実家（ 県） 子の父の実家（ 県）	はい（産後 か月くらいまで）	いいえ
8	出産後、育児や家事を手伝ってくれる人はいますか。	はい（誰ですか ）	いいえ
9	現在同居している家族に丸をつけてください。 夫・母（実・義） ・ 父（実・義） ・ 子（ 人 ） ・ 他		
10	妊娠中や出産後、困ったときに相談する人について伺います。		
11	○夫（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
12	○お母さん（実母）には何でも打ち明けることができますか。	はい	いいえ
13	○夫やお母さん（実母）の他にも相談できる人がいますか。	はい	いいえ
13	家族について、困っていることはありますか。	いいえ	はい 家族の病気・介護 不仲 経済的なこと 他
14	あなた自身の父母について、最も近い印象のものの番号を記入してください。 父（ ） 母（ ） ①優しかった ②怖かった ③厳しかった ④仕事が忙しくあまり一緒に遊ぶことはなかった ⑤父または母と離れて暮らした ⑥父母以外の人に育てられた ⑦他		
15	出産費用や生活費など、経済的に困っていることがありますか。	いいえ	はい（ <input type="checkbox"/> 生活保護を受けている）
16	心配事や困り事はありますか。	いいえ	はい（ <input type="checkbox"/> 産後の育児（赤ちゃんの世話等） <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 上の子供のこと <input type="checkbox"/> 夫との関係（DV など） <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> ご自身の健康面 他
17	今までに、心療内科や精神科に受診したことやカウンセラーに相談したことがありますか。	いいえ	はい： いつ頃 病名 現在治療中 過去治療したことがある 医療機関名
18	過去 1 か月に心の不調はありましたか。	いいえ	はい： 落ち込む 緊張や不安を感じる 心配することを止められない 物事を楽しめない 他
19	今までに、腎臓病、糖尿病、心臓病、甲状腺疾患、婦人科系の病気などの病気にかかったことがありますか。	いいえ	はい（疾患名 ）
20	お酒を飲みますか。	いいえ	妊娠して止めた はい（1日 ml）
	タバコを吸いますか。	いいえ	妊娠して止めた はい（1日 本）
	周囲にタバコを吸う人がいますか。	いいえ	いる（ 夫 職場 他 ）

※窓口対応者記入欄（確認後✓を入れる）

<返却>	<配布物、説明>
<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 妊産婦健診受診票 <input type="checkbox"/> 妊産婦医療費受給資格証
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> さくらっこ子育て応援プラン <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査受診票 <input type="checkbox"/> さくらっこ子育て応援ギフト