



妊婦の方へのアンケート



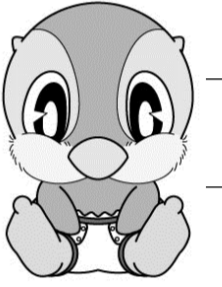
受付印

差し障りのない範囲で、下記の太枠内をご記入ください。この情報は、個人情報保護法を遵守し、子育て支援以外の目的には使用しません。

◎ 住 所 三田市	◎ 生年月日 S H 年 月 日 (歳)
◎ 電話番号 (日中ご連絡のつきやすい番号) (- -)	◎ 職業 無・有 ()
◎ 出産予定日 R 年 月 日 (現在 週) 単胎・多胎 (胎)	産前休暇の取得予定 有 (月上旬・中旬・下旬頃) ・無
◎ 夫 (パートナー) について 氏名: 生年月日: S H 年 月 日 (歳) 住所: 同居・別居 (市・町・村)	入籍: 有・予定あり (時期: 月頃) ・未定・予定なし 職業: 無・有 ()
◎ 妊娠歴 過去の妊娠回数: (今回の妊娠は含まない) 回 → 出産: 回 (妊娠中・分娩時の異常: 無・有 (内容: 第 子)) 流産: 回 死産: 回	
◎ 現在通院している医療機関 ()	◎ 妊娠判定を受けた医療機関 同左・ ()
◎ 出産予定医療機関 同上・ ((県内・県外・海外)) ・未定	◎ 里帰り出産の予定 有・無
◎ 代理人や郵送による妊娠届出の方のみ: 連絡のとりやすい曜日 (平日) ・時間帯 (9:00~17:30) を記入ください。 ()	

該当するものに☑をつけて下さい。

今回の妊娠は望んでいた妊娠ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今回妊娠されて、今のお気持ちはどうですか。	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> ややうれしい <input type="checkbox"/> どちらともない <input type="checkbox"/> ややうれしくない <input type="checkbox"/> うれしくない	
今回の妊娠は自然妊娠ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ どのような治療をしましたか タミツ法・排卵誘発・人工授精・体外受精・顕微授精・不育症 /治療期間 (年)	
夫 (パートナー) は今回の妊娠についてどう思っていますか。	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> ややうれしい <input type="checkbox"/> どちらともない <input type="checkbox"/> ややうれしくない <input type="checkbox"/> うれしくない	
出産後に協力してくれる人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 夫・パートナー・実母・実父 (実家居住地: 三田市内・) ・義母・義父 (義父母居住地: 三田市内・) ・その他 () <input type="checkbox"/> いいえ	
妊娠中に、不安や悩みを相談できる人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 夫・パートナー・実母・実父・義母・友人・その他 () <input type="checkbox"/> いない	
出産後に、不安や悩みを相談できるお友だちはいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外) <input type="checkbox"/> いいえ	
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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 高血圧・糖尿病・その他 () ⇒ 現在の受診状況: 受診中 (歳から) ・完治 (治療期間: 歳から 歳) ・受診していない	
今までにカウンセラーや心療内科や精神科等に相談したことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ (診断名:) ⇒ 現在の受診状況: 受診中 (歳から) ・完治 (治療期間: 歳から 歳) ・受診していない	
アルコール類を飲みますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> はい ⇒ (頻度: 日/週、量: /日)	
たばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> はい ⇒ (本/日)	同居家族はたばこを吸いますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 同居者なし <input type="checkbox"/> はい ⇒ 喫煙者 () (本/日)
生活費・出産費用等に経済困窮の不安がありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (内容:)	
相談したいことはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (内容)	
お子様がおられる方に伺います。育児で困ったり、悩んだりすることはありますか?	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> たまにある (内容:) <input type="checkbox"/> よくある (内容:) お子さんの年齢 (歳 か月・ 歳 か月・ 歳 か月)	



三田市では、妊婦さん・赤ちゃん・ご家族が安心して妊娠期から出産・育児期を過ごすことができるように、サポートさせていただきたいと考えております。

◎必要な場合に限り、この情報を医療機関等の関係機関と共有することに同意していただけますか。

⇒はい いいえ

◎必要な場合に限り、この情報をもとに保健師・助産師が産前産後のご様子を伺うために電話や(事前連絡のうえ)家庭訪問を行うことがあります。ご了承いただけますか。

⇒はい いいえ R 年 月 日 妊婦署名: _____

ご記入いただく質問は以上です。今後も何かございましたらいつでもお気軽にご相談ください。

★三田市子ども政策課 (チャッピーサポートセンター「本庁舎2階」) TEL079-559-5093

★三田市子ども政策課 (チャッピーサポートセンター「総合福祉保健センター2階」) TEL079-559-6288

<令和6年4月改訂>