

# 妊婦の方へのアンケート

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いたしません。

◎ 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）		◎ 産休の予定：有（ 月上旬・中旬・下旬頃）・無	
◎ 夫（パートナー）について フリガナ 氏名：		生年月日：S・H 年 月 日（ 歳） 職業：無・有（ ）	
婚姻状況：入籍済み・入籍予定（ 頃）・入籍予定なし・未定		住所：同居・別居（ 市・町・村）	
◎ 妊娠歴 過去の妊娠回数： （今回の妊娠は含まない） 回		→ 出産：__回、分娩時の異常：なし・あり（内容： ） 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： 無・有	
◎ 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。	☐はい ☐いいえ		
今回妊娠されて、今のお気持ちはどうですか。	☐うれしい ☐ややうれしい ☐どちらともない ☐ややうれしくない ☐うれしくない		
今回の妊娠は自然妊娠ですか。	☐はい ☐いいえ ⇒ どのような治療をしましたか 不妊症・タイミング法・人工授精・体外受精・顕微授精 / 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。	☐うれしい ☐ややうれしい ☐どちらともない ☐ややうれしくない ☐うれしくない		
出産後に協力してくれる人はいますか。	☐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（ ） ☐いいえ		
妊娠中に、不安や悩みを相談できる人はいますか。	☐はい ⇒ 夫・パートナー・実母・実父・義母・友人・その他（ ） ☐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。	☐はい ⇒ （☐市内 ☐市外 ） ☐いいえ		
今までにかかった病気はありますか。	☐いいえ ☐はい ⇒ 病名： いつから： 現在の受診状況： 受診中・完治・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。	☐いいえ ☐はい ⇒ 病名： いつから： 現在の受診状況： 受診中・完治・受診していない		
アルコール類を飲みますか。	☐いいえ ☐やめた ☐はい ⇒（頻度： 日/週、量： /日）		
たばこを吸いますか。	☐いいえ ☐やめた ☐はい ⇒（ 本/日）		
同居家族はたばこを吸いますか。	☐いいえ ☐同居者なし ☐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。	☐いいえ ☐はい（内容： ）		
相談したいことはありますか？	☐いいえ ☐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？	☐ほとんどない ☐たまにある（内容： ） ☐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。 フリガナ ▶☐はい ☐いいえ 令和 年 月 日 妊婦氏名：			

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。

こども家庭支援センター 母子保健担当 TEL：079-559-5093（市役所本庁舎2階）  
TEL：079-559-5701（総合福祉保健センター2階）

【令和8年4月改訂】