

妊娠・子育て支援のためのアンケート

吹田市では、安心して出産・子育てをしていただくために、妊娠中から出産後まで切れ目なくサポートを行っています。その際にこのアンケートを活用させていただきますので、差支えない範囲でご記入ください。後日、助産師・保健師から様子をお伺いする場合もありますので、ご了承ください。

同居家族 氏名	続柄	年齢	職業・所属園等	備考
	妊婦本人	歳		
	夫・パートナー	歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

緊急連絡先をご記入ください(妊婦ご本人が18歳未満の場合必ずご記入ください)。

氏名	年齢 歳	住所	連絡先() —
----	---------	----	-------------

1	今回の妊娠は順調ですか	☐ はい ☐ いいえ (内容:)
2	今までの妊娠・出産は順調でしたか	☐ はい ☐ いいえ (内容:) ☐ 今回が初めての妊娠
3	妊婦健診の受診及び出産する医療機関は まっていますか	☐ はい ☐ 未定 妊婦健診受診医療機関名: () 出産する医療機関名: ☐ 同上 ☐ 上記以外 ()
4	妊婦さんの今の気持ちはいかがですか	☐ うれしい ☐ 複雑な気持ち ☐ 困った ☐ 不安 (理由:)
5	婚姻していますか	☐ はい ☐ 入籍予定あり (年 月頃) ☐ 入籍予定なし
6	転居の予定がありますか	☐ いいえ ☐ はい (年 月頃) へ転居予定)
7	育児協力者はいますか	☐ はい (夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・その他) ☐ いいえ
8	里帰り出産の予定がありますか	☐ いいえ ☐ はい 里帰り先 () ☐ 未定
9	今までに身体やこころの不調で、治療された ことや相談したことはありますか	☐ いいえ ☐ はい { ころの不調 (疾患名:) 甲状腺疾患・心臓病・高血圧・糖尿病・婦人科系疾患 その他 () ☐ 完治 ☐ 治療中 ☐ カウンセリング経験有
10	この1年間に2週間以上続く、眠りにくい、 イライラする、涙ぐみやすい、やる気がしない 等の症状がありましたか	☐ いいえ ☐ はい (内容:)
11	現在、たばこを吸いますか	☐ いいえ ☐ 妊娠してやめた (吸っていた本数 本/日) ☐ はい (本/日)
12	同居の方はたばこを吸いますか	☐ いいえ ☐ はい (夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・その他)
13	現在、アルコールを飲みますか	☐ いいえ ☐ はい
14	生活が苦しかったり、経済的な不安はありますか	☐ いいえ ☐ はい (内容:)
15	何か相談したいことはありますか	自分の身体のこと・夫 (パートナー) との関係・上の子どもの育児 家族関係・協力者・仕事との両立・薬 その他 [] ※保育園に関する内容は、保育幼稚園室へお問い合わせください。