

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 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（内容： ） | | |
| 2 | 今までの妊娠・出産は順調でしたか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（内容： ） <input type="checkbox"/> 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決まっていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 未定 妊婦健診受診医療機関名：（ ） 出産する医療機関名： <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ） | | |
| 4 | 妊婦さんの今の気持ちはいかがですか | <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 複雑な気持ち <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 不安 （理由： ） | | |
| 5 | 婚姻していますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 入籍予定あり（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 入籍予定なし | | |
| 6 | 転居の予定がありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 年 月頃 へ転居予定） | | |
| 7 | 援助してくれる人がいますか | <input type="checkbox"/> はい（夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・その他 ） <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| 8 | 里帰り出産の予定がありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 里帰り先（ ） <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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（ ） <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（内容： ） | | |
| 11 | 現在、たばこを吸いますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた（吸っていた本数 本/日） <input type="checkbox"/> はい（ 本/日） | | |
| 12 | 同居の方はたばこを吸いますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | | |
| 14 | 経済的な不安はありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（内容： ） | | |
| 15 | 何か相談したいことはありますか | 自分の体のこと・育児のしかた・経済的なこと・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・たばこ・アルコール・薬 その他（ ） | | |