

* * * * * アンケート * * * * *

この度は、妊娠おめでとうございます。

湖西市では、お母さんと赤ちゃんが安心して生活できるよう、妊娠中から保健師・栄養士・歯科衛生士がお手伝いさせていただきます。役立つ支援をさせていただきますために、アンケートのご協力をお願いします。

家族構成図 (職員が聞き取り記入します)

フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
身長 cm	妊娠前の体重 kg

該当する項目にチェックをつけてください。(記入内容については、秘密を固く守りますのでご安心ください。)

1.過去の病気・治療について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒いつごろ： <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 薬の処方なし <input type="checkbox"/> 薬の処方あり ()) <input type="checkbox"/> 手術を受けた (いつ頃))
2.現在の病気・治療について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()) 受診病院 ()) 処方薬 ())
3.過去に心理的・精神的なケアを受けましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 精神科
4.現在、心理的・精神的なケアを受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 精神科 受診病院 ()) 処方薬 ())
5.この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラ」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 涙ぐみやすい <input type="checkbox"/> 何もやる気がしない
6.今回の妊娠で、医師から言われたことや、自分で心配していることはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 重度のつわり <input type="checkbox"/> 流産や早産 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ())
7.今までの妊娠・出産について	<input type="checkbox"/> 妊娠回数 () 回) <input type="checkbox"/> 子どもの体重が2000g未満 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 頸管無力症 <input type="checkbox"/> 中絶 () 回) <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> その他 ())
8.今回、予定した妊娠でしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9.今回の妊娠では不妊治療をしましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10.婚姻について	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚⇒ <input type="checkbox"/> 入籍予定あり <input type="checkbox"/> 入籍予定なし
11.現在の仕事について	<input type="checkbox"/> 仕事をしていない <input type="checkbox"/> 仕事をしている⇒職業 ()) <input type="checkbox"/> 続けない <input type="checkbox"/> 続ける⇒ <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> その他 ())
12.あなたは、現在、お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々⇒ <input type="checkbox"/> 1週間に _____ 日程度 <input type="checkbox"/> つきあい程度 飲酒量 ())

確認者 ()) 確認日 (年 月 日)

13.あなたは、たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた(1日()本)(いつまで()) <input type="checkbox"/> 現在も吸っている(1日()本) 禁煙の意思はありますか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
14.同居のご家族で、たばこを吸っている人はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いる⇒ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 分煙している <input type="checkbox"/> 分煙していない	
15.妊娠を知ったときのあなたの気持ちについて	<input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑った <input type="checkbox"/> その他()	
16.夫(パートナー)があなたの妊娠を知ったときの反応	<input type="checkbox"/> とても喜んだ <input type="checkbox"/> 困っていた <input type="checkbox"/> 不安そうだった <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが喜んだ <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑っていた <input type="checkbox"/> まだ知らせていない <input type="checkbox"/> 知らせない(1人で産む) <input type="checkbox"/> その他()	
17.赤ちゃんとの生活を楽しめると思えますか	<input type="checkbox"/> 思う <input type="checkbox"/> やや思う <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> あまり思わない <input type="checkbox"/> 思わない	
18.あなた自身は、あなたの両親から愛情を受けて育てられたという実感がありますか	母親⇒ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他() 父親⇒ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他()	
19.育児や家事を協力してくれる方がいますか	<input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 実家の母親 <input type="checkbox"/> 実家の父親 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 夫の母親 <input type="checkbox"/> 夫の父親 <input type="checkbox"/> 近所の人 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いいえ	
20.あなたが悩んでいるときに相談できる人や機関はありますか	<input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 実家の母親 <input type="checkbox"/> 実家の父親 <input type="checkbox"/> 夫の母親 <input type="checkbox"/> 夫の父親 <input type="checkbox"/> 産科の病院 <input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いいえ	
21.現在、心配していることはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 出産に関すること <input type="checkbox"/> お腹の子どものこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 自身の健康のこと <input type="checkbox"/> 上の子の育児 <input type="checkbox"/> 夫との関係 <input type="checkbox"/> あなたの両親のこと <input type="checkbox"/> 夫の両親のこと <input type="checkbox"/> 近所付き合い <input type="checkbox"/> 親族との付き合い方 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> その他()	
22.上のお子さんについて	第1子 男・女 () 歳) 心配なこと: 第2子 男・女 () 歳) 心配なこと: 第3子 男・女 () 歳) 心配なこと: 第4子 男・女 () 歳) 心配なこと:	
23.生活習慣について	生活リズム	起床時間()時()分) 就寝時間()時()分)
	食生活 ※現在体調が優れない場合は、妊娠前の内容を記入してください。	<input type="checkbox"/> 3食バランスよく摂っている <input type="checkbox"/> 3食摂るがバランスに注意していない <input type="checkbox"/> 食事の時間が不規則 <input type="checkbox"/> 食事を抜くことがよくある <input type="checkbox"/> 外食やコンビニの食事が多い <input type="checkbox"/> おやつをよく食べる <input type="checkbox"/> その他()
24.妊娠中に心配なことや不安なことについて、個別相談を行っています。希望されますか。 ※保健師・栄養士がお話を伺います。希望があれば、いつでも相談できます。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒日中につながる連絡先をご記入ください。 連絡先() つながりやすい時間帯()	

ご協力ありがとうございました。記入内容は個人情報として厳重に取り扱います。

また、母子保健事業の充実のために統計的に処理し、結果を公表することがありますが、決して個人が特定されることはありません。

湖西市子ども未来課
 〒431-0442 湖西市古見1044
 電話：053-576-4794
 FAX：053-576-1220