

妊婦健康相談票

母子健康手帳番号 No.

お名前

昭和

生年月日 平成 年 月 日 (歳)

妊娠・出産についての相談や情報提供を行うために、以下の質問にご協力をお願いします。

1 現在の妊娠週数 妊娠 () 週 単胎・多胎 ()

2 分娩経験 あり (回) ・ なし

3 現在のお子さんは何人ですか? (人)

4 家族構成を教えてください。

氏名	年齢	続柄	職業	健康状態	備考

5 引っ越しのご予定はありますか? なし ・ あり (いつ: どこへ:)

6 入籍していない場合、パートナーについてご記入ください。

入籍予定	あり (いつ頃) ・ なし				
ふりがな			生年月日	昭和	年 月 日 (歳)
氏名				平成	
職業			住所	市 区 町 村	

7 妊婦健康診査を受ける医療機関は決まっていますか?

はい (健診受診施設:) ・ いいえ

※妊娠中は、気がかりなことがなくても、身体にはいろいろな変化が起こっています。きちんと妊婦健康診査を受けましょう。

8 次の妊婦健康診査の受診予定日はいつですか? (令和 年 月 日)

9 分娩予定施設は決まっていますか?

はい (分娩予定施設:) ・ いいえ

10 妊娠がわかった時の気持ちを教えてください。

① 嬉しかった ② 予想外だが嬉しかった ③ 予想外で戸惑った ④ 困った

11 夫 (パートナー) の反応や、受け止めはどうですか?

① 喜んでいる ② 戸惑っている ③ まだ伝えていない ④ 言わない

12 市のパパママ学級への参加を希望しますか? はい ・ いいえ ・ わからない

13 産前、産後の休暇がとれますか? はい (年 か月) ・ いいえ

14 里帰りの予定がありますか? はい: いつ頃 (から まで) ・ いいえ

里帰り先の住所 () ☎ - -

15 出産に向けて、今のお気持ちはいかがですか?

・ 楽しみなこと、やってみたいこと

()

面接者 ()

16	今回または以前の妊娠で、あてはまるものがありますか？ いいえ・はい→ ①不妊治療をした（ ヶ月間） ②妊娠高血圧症候群（ 週） ③早産（ 週） ④その他（ ）
17	2,500g以下の赤ちゃんを産んだことがありますか？ いいえ ・ はい
18	今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの身体について、医師から何か問題があると言われてい ますか？ いいえ ・ はい→（ ）
19	次に挙げる項目を医師から指摘されたことがありますか？ ①つわり ②切迫流産 ③妊娠高血圧症候群 ④心臓病 ⑤腎臓病 ⑥糖尿病 ⑦貧血 ⑧肝炎 ⑨甲状腺疾患 ⑩精神疾患（ ） ⑪その他（ ）
20	今までに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか？ いいえ・はい→ ①流産（ 週【 年 月頃】） ②死産（ 週【 年 月頃】） ③その他（ ）
21	今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや心療内科医などに相談したことはありますか？ ない・ある→（いつ頃： 医療機関名： ）
22	薬を飲んでいますか？ いいえ ・ はい（薬剤名 ）
23	あなたはタバコを吸いますか？ ①吸う（1日 本）→ 禁煙しよう（思う・思わない） ②妊娠してからやめた ③吸わない
24	あなたの周りの人はタバコを吸いますか？ いいえ ・ はい → 誰（夫・父親・その他〔 〕）（同居・職場・その他〔 〕）
25	あなたはお酒を飲みますか？ ①飲む（頻度 日/週・何を〔 〕・どの位〔 〕） ②妊娠してからやめた ③飲まない
26	困ったときに相談する人についてお尋ねします。 ①夫には何でも打ち明けることができますか？ はい ・ いいえ ・ 夫がいない ②お母さんには何でも打ち明けることができますか？ はい ・ いいえ ・ 実母がいない ③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？ いいえ ・ はい→誰（実父・義父母・兄弟姉妹・友人・その他〔 〕）
27	生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？ いいえ ・ はい
28	子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？ いいえ ・ はい
29	今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり、事故に あったことがありましたか？ いいえ ・ はい
30	他に「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などがありますか？ ない ・ ある→（子どもが無戸籍になる可能性がある・体調のこと・仕事のこと・夫婦関係のこと・家族関 係のこと・その他(31へ)）
31	何か不安なこと・相談したいこと等がありましたらご記入ください。
<input type="checkbox"/> 切れ目ない支援のために、必要に応じて関係機関と情報共有することに同意します。 <input type="checkbox"/> 本妊娠届出と相談票の情報の一部を、災害時支援の名簿作成において、平常時から関係機関で情報共有する事 について同意します。 <p style="text-align: right;">署名 _____</p>	
※なお災害発生時は災害対策基本法に基づき、同意が得られない場合でも避難支援関係者等で名簿情報の共有を させていただきます。	

※鴨川市記載欄

出産応援給付金申請書 配付済み ・ 未配付（希望なし） ・ 未配付（その他： ）