

## 妊娠おめでとうございます。

石川町は、あなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から応援します。必要に応じて医療機関や関係機関と連携し、切れ目のないサポートを行います。以下太枠内のアンケートにご回答くださるようお願いいたします。



※ご本人と面談できなかった場合や相談状況により、後日、保健師がお電話させていただくことがあります。

氏名				生年月日	昭和・平成	年	月	日	( 歳)	
出産予定日	平成	年	月	日	妊娠週数	週	連絡先			
家族	同居家族( )人 夫・子( )人・実父・実母・夫の父・夫の母・その他( )								担当記入欄	
1. 妊娠・出産について	1) 今回の妊娠がわかったときはどんな気持ちでしたか。 うれしかった・予想外で驚いたが、うれしかった・予想外で驚き、戸惑った・困った・何とも思わなかった その他( )									
	2) 現在の体調はいかがですか。 よくない場合⇒ 疲れやすい・眠れない・気分が沈む・その他( )								よい・よくない	
	3) 現在までの妊娠の経過はいかがですか。 異常がある場合⇒ (内容: )								順調・異常がある	
	4) 今回の妊娠にあたり、不妊治療を受けましたか。								いいえ・はい	
	5) 過去の妊娠・出産の経過を教えてください。				妊娠( )回⇒	出産( )回	流産( )回	死産( )回		
		出産年月日	性別	出生体重	妊娠・出産・産後の状態					
	1	平成 年 月 日	男・女	g	正常・異常( )					
	2	平成 年 月 日	男・女	g	正常・異常( )					
	3	平成 年 月 日	男・女	g	正常・異常( )					
2. 健康状態について	1) これまでに病気で治療を受けたことがありますか。 ある場合⇒ ( 症状、病名: )								ない・ある	
	2) これまでにカウンセラーや心療内科、精神科に相談したことがありますか。 ある場合⇒ ( 症状、病名: )								ない・ある	
	3) 現在、治療中の病気はありますか。ある場合、薬を飲んでいますか。 ある場合⇒ ( 症状、病名: ) 内服薬 ない・ある ( )								ない・ある	
	4) 定期的に歯科検診を受けたり、歯科治療をしていますか。								はい・いいえ	
3. たばこ・アルコールについて	1) 現在、あなたはたばこを吸いますか。 吸う場合⇒ ( 1日あたり ( )本 / やめようと思いますか。( はい・いいえ ) )								いいえ・はい	
	2) 同居のご家族でたばこを吸う方はいますか。 いる場合、どなたですか⇒( 夫・父・母・兄弟姉妹・その他( ) )								いない・いる	
	3) 現在、あなたはアルコールを飲みますか。 飲む場合⇒ ( 頻度: 毎日・時々・週に( )回 / 1回あたりの量( ) )								いいえ・はい	
4. 妊娠中や産後の生活について	1) 現在、お仕事をされていますか。 お仕事がある場合、産前産後休暇、育児休暇の取得予定はありますか。 ⇒ 産前( 週)、産後( 週)・育休(産後 ヵ月・年)・退職予定(妊娠 ヵ月頃)								いいえ・はい はい・いいえ・不明	
	2) 出産前後の滞在先はどちらですか。 自宅以外の場合⇒滞在先の住所 ⇒連絡先(電話) ⇒滞在期間								自宅・自宅以外	
	3) 妊娠・出産・育児について相談できる人はいますか。 いる場合、どなたですか⇒( )								いる・いない	
	4) 妊娠・出産・育児について協力してくれる人がいますか。 いる場合、どなたですか⇒( )								いる・いない	
	5) 現在、困っていること、悩んでいること、相談したいことはありますか。 ある場合⇒(内容: 妊娠や出産のこと・経済的なこと・自分の身体のこと・夫婦関係・家族関係・育児について・仕事のこと・その他( ) )								ない・ある	

※妊娠届出に係る情報およびアンケート回答は、石川町で管理し、妊娠・出産・子育て支援のために使用します。また、統計的な処理を行うことや妊産婦に関する県民健康調査等福島県へ情報を提供することがあります。なお、個人番号については、番号法および母子保健法に基づく事務に限り、使用します。

担当者 ( )