

### 妊娠届出に際しての質問項目

阪南市では、妊娠・出産・子育て期にわたり、様々な相談や支援を行っています。差支えない範囲で下記の質問へのご協力をお願いします。

お名前 \_\_\_\_\_

	項目	当てはまる項目にチェックまたはご記入をお願いいたします。
1	婚姻について	<input type="checkbox"/> 既婚（初婚・再婚） <input type="checkbox"/> 未婚（ <input type="checkbox"/> 入籍予定あり）
2	現在同居している家族構成	<input type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input type="checkbox"/> 子ども（    ） <input type="checkbox"/> その他（    ）
3	今までに出産の経験は	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> （    ）回    ⇒第1子の妊娠年齢（    ）歳
4	転居の予定について	<input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり（    年    月頃）
5	里帰りの予定について	<input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり（    年    月頃）
6	流産・早産等の経験について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（流産    回・早産    回・死産    回・中絶    回）
7	今回の妊娠で不妊治療をしましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	今回、妊娠されての今のお気持ちはいかがですか（複数回答可）	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> とまどっている <input type="checkbox"/> わからない
9	夫（パートナー）の今のお気持ちはいかがですか（複数回答可）	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> とまどっている <input type="checkbox"/> わからない
10	不安なこと、困っていること等は、次のうちどれですか？	<input type="checkbox"/> 予定外の妊娠 <input type="checkbox"/> 身体面 <input type="checkbox"/> 経済面（    ） <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> その他（    ） <input type="checkbox"/> 特になし
11	現在、あなた又は同居家族でタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う（    本/日）→誰が（    ） <input type="checkbox"/> 吸わない
12	現在、アルコールを飲みますか	<input type="checkbox"/> 飲む（頻度    ・量    ） <input type="checkbox"/> 飲まない
13	妊娠、出産、育児のことで相談したり、協力してくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> あり ➡ <input type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> その他（    ）
14	夫やパートナーから暴力（DV）を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ➡ <input type="checkbox"/> 身体的 <input type="checkbox"/> 暴言・無視 <input type="checkbox"/> 経済的 <input type="checkbox"/> 行動制限 <input type="checkbox"/> 性的
15	子どものころから愛情を受けて育ったという実感はありますか * ____の項目を選んだ方は、①～④の当てはまる番号を選んでください	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なんとなくあり <input type="checkbox"/> あまりなし <input type="checkbox"/> なし ① 保護者（父・母）から暴言・身体的暴力・性暴力を受けたから ② 保護者（父・母）から無視されていたから ③ 衣食住において十分な世話をしてもらえなかったから ④ その他（    ）
16	現在治療中の病気や、これまでにかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> あり ➡ 高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・心臓病・甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> なし    その他（    ）⇒服薬（有・無）病院名（    ）
17	今まで心のしんどさや不安、不眠等でカウンセラーや心療内科等に相談したことがありますか	<input type="checkbox"/> あり（下記に記入してください） うつ病（産後うつ含む）・統合失調症・依存症・自傷行為・自殺企図 [パニック・パーソナリティ・解離性・知的・発達・摂食] 障害 その他（    ） ⇒服薬（有・無）病院名（    ） <input type="checkbox"/> なし
18	この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「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    理由（    ）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
19	妊娠中、保健センターからお電話させていただきます。電話のつながりやすい時間帯を教えてください。	時～ 時

#### 【阪南市記入欄】

母子健康手帳交付番号	No.	交付受付者	連携
------------	-----	-------	----