

# 妊娠されたあなたへ

記入日 令和 年 月 日

母子手帳番号

お名前

参照

生年月日 ( 年 月 日 )

同伴者：夫・その他 ( )

相馬市では、妊娠中から皆さんの出産・子育てを応援しています。

妊婦さんご自身で、下記についてご記入ください。(あてはまるものに○をつけてください。)

1	現在の妊娠週数	妊娠 ( ) 週	単胎・多胎 ( )
2	胎児心拍の確認	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ (これから)
3	現在の体調はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 良くない
	【良くないと答えた方へ 当てはまる物に○をつけてください】	疲れやすい・眠れない・気分が沈む・つわりが辛い イライラする・その他 ( )	
4	妊婦健康診査を受ける医療機関は決まっていますか？	<input type="checkbox"/> はい (病院名: )	<input type="checkbox"/> いいえ
5	出産する医療機関は決まっていますか？	<input type="checkbox"/> はい 県内・県外 (病院名: )	<input type="checkbox"/> いいえ
6	里帰りの予定はありますか？	<input type="checkbox"/> はい (どこに: )	<input type="checkbox"/> いいえ
7	今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	【はいと答えた方へ 当てはまる物に○をつけてください】	心臓病・高血圧・糖尿病・腎炎・結核・喘息・ 婦人科疾患・その他 ( ) ➡ 治療中・治療済み・治療中断	
8	同居者で現在病気で治療中の方はいますか？	<input type="checkbox"/> いる (誰: ) (病名: )	<input type="checkbox"/> いない
9	今までに心療内科や精神科を受診したことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	【はいと答えた方へ 当てはまる物に○をつけてください】	うつ病・パニック障害・不安障害・適応障害・摂食障害 自律神経失調症・依存症 ( )・その他 ( ) ➡ 治療中・治療済み・治療中断	
10	同居者で心療内科や精神科を受診したことがある方はいますか？	<input type="checkbox"/> いる (誰: )	<input type="checkbox"/> いない
	【いると答えた方へ 当てはまる物に○をつけてください】	うつ病・パニック障害・不安障害・適応障害・摂食障害 自律神経失調症・依存症 ( )・その他 ( ) ➡ 治療中・治療済み・治療中断	
11	たばこは吸いますか？	<input type="checkbox"/> はい ( 本/日 )	<input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> いいえ
12	同居者でたばこを吸う人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい (誰: 本数: 本/日)	<input type="checkbox"/> いいえ
13	妊娠・育児について相談できる人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい (誰: )	<input type="checkbox"/> いいえ
14	今回の妊娠が分かったときはどんなお気持ちでしたか？	<input type="checkbox"/> 嬉しかった	<input type="checkbox"/> 予想外だったが嬉しかった
		<input type="checkbox"/> 予想外だったので戸惑った	<input type="checkbox"/> 困った
		<input type="checkbox"/> その他 (内容: )	
15	現在心配なこと・相談したいことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	【はいと答えた方へ 当てはまる物に○をつけてください】	妊娠や出産について・自分の身体のこと・経済的なこと 夫(パートナー)関係のこと・家族関係のこと・仕事のこと 育児について・その他 (内容: )	
16	保健センターのママパパ学級への参加を希望しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※市記載欄

面談日: 年 月 日 ( : ~ : )

相談者: 本人・夫 (パートナー)・その他 ( )

面談者: