



これからママになれるあなたへ

母子手帳 No. _____

父子手帳 No. _____

吉見町では妊娠中のお母さんの支援をより充実していくために、アンケートのご協力をお願いしています。該当する項目に○印を記入してください。またお答えいただいた内容については、今後の吉見町母子保健事業に活かしていくために保健センターで保管するものです。アンケートの結果は非公開とし目的以外の使用はいたしません。

_____年 _____月 _____日

氏名	生年月日	年 月 日(歳)	職業
夫の氏名	生年月日	年 月 日(歳)	職業
家族構成	夫・子ども_____人・義父・義母・実父・実母・その他()		

Q1.嗜好品について
たばこ : 吸わない・吸う(1日に _____ 本)・やめた アルコール: 飲まない・飲む(時々・1週間に _____ 回程度・毎日 _____ 合)
Q2.今回の妊娠について
うれしかった・予想外で驚き戸惑った・困った・不安を感じた・何とも思わなかった
Q3.現在、結婚をされていますか
既婚 : 自分も夫も初婚・自分は初婚、夫は再婚・自分は再婚、夫は初婚・自分も夫も再婚 未婚 : 入籍予定は… あり(時期は _____)・なし・わからない
Q4.今後、転出の予定はありますか
なし・あり → いつ頃ですか(_____ 年 _____ 月頃、転出先: _____)
Q5.今回の妊娠で右記のことを言われましたか
重度のつわり・流産/早産のおそれ・貧血・体重増加・合併症・その他(_____)
Q6.今までの妊娠・出産の状況について
未熟児・流産・早産・死産・出産後1年以内にお子さんを亡くされたことがある・妊娠高血圧症候群・帝王切開・不妊症・前置胎盤・Rh不適合・その他(_____)
Q7.今までに心理的、あるいは精神的な問題でカウンセラーや精神科医、または心療内科医などに相談したことがありますか
なし・あり → いつ頃ですか(_____ 年 _____ 月頃)
Q8.あなたが悩んでいる時に相談にのってくれる人はいますか
夫・友人・父親・母親・近所の人・病院・電話相談・保健師・インターネット・誰もいない その他(_____)
Q9.心配なことはありますか
なし・あり → 経済面・出産に関すること・仕事・ご自身の健康面・上の子の育児・夫との関係・実父母のこと・義父母のこと・近所/親戚との付き合い方・その他(_____)

Q10.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	
はい・いいえ → (理由: _____)	
Q11.今回の妊娠中に家族や親しい方が亡くなったり、重い病気になったり、事故にあったことがありますか	
はい・いいえ	
Q12.あなた自身の子どもの頃についてお聞かせください	
あなたのお父さんお母さんは… 優しくかった・厳しかった・仕事が忙しく一緒に遊べなかった・幼い頃父母が亡くなった又は離れて暮らした・ 父母以外の人に育てられたことがある	
個人情報提供同意書 妊娠・出産・産後・子育ての期間を通じて切れ目のない支援を実施するために必要となる際には、保健センターから関係機関(役場関係課・医療機関・保育所・幼稚園・小中学校・児童相談所・保健所等)に対し、本アンケートに記載された内容や、あなた様からの相談内容、お子さんの発達の状況等、支援の実施に必要な個人情報を提供することに同意します。 本人氏名 _____	
※事務局記入欄	
<input type="checkbox"/> 出産応援ギフト申請書提出済 <input type="checkbox"/> 出産応援ギフト受取済み <input type="checkbox"/> 申請書未提出 <input type="checkbox"/> 希望なし	
<input type="checkbox"/> 8か月アンケート提出済 <input type="checkbox"/> 未提出	
<input type="checkbox"/> 子育て応援ギフト申請書提出済 <input type="checkbox"/> 子育て応援ギフト受取済み <input type="checkbox"/> 申請書未提出 <input type="checkbox"/> 希望なし	

※転入の方は下記もご記入ください！！

住 所	吉見町	
連絡先		
職 業		出産後の就労予定：あり・なし・不明
病院名		現在の妊娠週数：第 _____ 週 出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
里帰りの有無	ない・未定・ある → (都道府県名: _____) (病院名: _____)	