

妊娠届出時アンケート



記入日

妊婦氏名

大野市はあなたの妊娠・出産・子育てを応援します。ご記入いただいた内容は個人情報として取扱い、妊娠・出産・子育て支援の目的以外には使用しません。

1. 妊娠を知ったときの気持ちはいかがでしたか。 <input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で困った <input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった <input type="checkbox"/> その他 ()
2. 妊娠を知らせた時の夫(パートナー)の反応はいかがでしたか。 <input type="checkbox"/> 喜んでいた <input type="checkbox"/> 予想外で困っていた <input type="checkbox"/> 反応なし <input type="checkbox"/> その他 ()
3. ご家族について教えてください。 あなたを含めた同居人数 () 人 同居家族に○をつけてください⇒ 夫(パートナー)・子ども()人・父・母・その他() 子ども ① 歳 男・女 ② 歳 男・女 ③ 歳 男・女 ④ 歳 男・女 ※実子以外の子ども： 無 ・ 有 ご家族に体調が悪い方はいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(どなたが / 身体面 ・ 精神面) <ご実家について> 妊婦 : 市・町 / 夫(パートナー) : 市・町
4. タバコを吸いますか。 <input type="checkbox"/> はい (本/日) <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> いいえ
5. 夫(パートナー)や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。 <input type="checkbox"/> はい (本/日) <input type="checkbox"/> いいえ
6. アルコールを飲みますか。 <input type="checkbox"/> はい (回/週・ ml/回) <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> いいえ
7. 現在の体調はいかがですか。(☑よくない場合は該当するものに○) <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない⇒ 疲れやすい つわり 出血 不眠傾向 不安 その他()
8. 今までの妊娠・出産で異常がありましたか(流産・早産等を含む)。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回
9. 今までにかかった病気(身体面)はありますか。(☑ありの場合は該当するものに○) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 心臓病 高血圧 糖尿病 腎臓病 貧血 その他() いつ頃 (歳頃) 治療 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療中/経過観察中 <input type="checkbox"/> 中断 服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
10. 今までに心の不調等でカウンセラーや精神科(心療内科)医師などに相談したことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 症状/病名 () いつ頃 (歳頃) 相談先 () 治療 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療中/経過観察中 <input type="checkbox"/> 中断 () 服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
11. この1年間で、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」等の症状がありましたか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
12. 子どものころから愛情をうけて育ったという実感がありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
13. 今までに親しい関係の人から暴力を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
14. 悩みを相談できる人はいますか。(複数回答可) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ()
15. 今回の妊娠や産後の育児において、協力・援助してくれる人はいますか。(複数回答可) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ()
16. 現在、困っていることや不安に思っていることはありますか。(複数回答可) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠・出産のこと <input type="checkbox"/> 自分の体・心のこと <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)との関係 <input type="checkbox"/> 上の子のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> その他 ()

～ご協力ありがとうございました～

【市 記入欄】