

## 妊娠届出時間診票

※太枠のみ、ご記入ください。

|                                   |    |                          |  |
|-----------------------------------|----|--------------------------|--|
| ふりがな<br>妊婦氏名                      |    | 生年<br>月日                 | S・H<br>年 月 日<br>( 歳)                     |
| 同居<br>の<br>家<br>族                 | 氏名 | 妊婦との<br>関係               | 生年月日/年齢<br>職業/就学状況等<br>(差し支えなければご記入ください) |
|                                   |    |                          | 年 月 日<br>( 歳)                            |
|                                   |    |                          | 年 月 日<br>( 歳)                            |
|                                   |    |                          | 年 月 日<br>( 歳)                            |
|                                   |    |                          | 年 月 日<br>( 歳)                            |
| 同居外の配偶者/パートナーは、下記に差し支えなければご記入ください |    |                          |  |
| 氏名 (配偶者/パートナー)                    |    | 生年月日/年齢<br>年 月 日<br>( 歳) |  |
| 職業/住所/電話番号等                       |    |                          |  |

### 包括記入欄

#### 面接内容

#### 母子健康手帳交付番号( )

面接者サイン: 基幹 佐野中 三中 長南中 日根中 サイン ( )

来所者: 本人・夫 (パートナー) 他 ( )

※1 多胎 (別に配布数): 母子健康手帳 ( ) 冊 双胎セット 新生児聴覚 ( ) 枚 乳児一般健康診査 ( ) 枚

※2 転出予定時説明事項: 母子健康手帳は転出後も使用可 受診券は転出日から使用不可 タクシー券は使用不可

※3 償還払い制度説明事項: (妊婦健診 妊産婦歯科健診 産婦健診 乳児一般・新生児聴覚 予防接種)

※チラシ: たばこ 就労 ファミサポ 助産制度 その他 ( )

※妊婦健康診査等受診券手渡し: 済 妊産婦タクシー券交付申請書記入: 済

※出産応援ギフト申請書手渡し: 済 未 (医療機関受診未 代理人届出のため その他 ( ) )

泉佐野市では、安心・安全な妊娠・出産をサポートしていきたく思いますので、アンケートにご協力ください。  
妊娠届の情報を元に、市からご様子をお伺いすることもありますので、ご理解をお願いします。

|  |   |
|--|---|
| 1. 妊娠中に泉佐野市外へ引っ越す予定はありますか？             | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定<br><input type="checkbox"/> あり ( 年 月頃に 市・町へ引っ越す予定) ※2   |
| 2. 出産後の退院先はどちらですか？                     | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 実家 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 未定  |
| 3. 入籍はされていますか？                         | <input type="checkbox"/> 入籍済み <input type="checkbox"/> 入籍予定 ( 年 月頃・未定) <input type="checkbox"/> 入籍予定なし  |
| 4. 妊娠が分かったときのお気持ちは？                    | <input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 驚いたがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 困った  |
| 5. 今現在の気持ちに近いフェイスマークに○をつけてください。        |       |
| 6. お腹の赤ちゃんを愛おしく感じますか？                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 7. 現在、妊娠経過は順調ですか？                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ⇒ <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群<br><input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |
| 8. 現在、治療中の病気はありますか？                    | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>いつから治療していますか？ ( )<br>病院名 ( ) 治療内容 ( )   |
| 9. 今までこころの不調を感じたり、受診したことがありますか？        | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>⇒いつ頃ですか？ ( ) 症状 ( )<br>病院名 ( ) 診断名 ( )<br>治療内容 ( )  |
| 10. 現在心配なこと、相談したいことはありますか？ (複数回答可)     | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> ご自身の健康について <input type="checkbox"/> 妊娠経過について<br><input type="checkbox"/> おなかの赤ちゃんのこと <input type="checkbox"/> 出産について<br><input type="checkbox"/> 出産後の生活について <input type="checkbox"/> 上の子の育児について<br><input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) との関係 <input type="checkbox"/> 仕事のこと<br><input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> その他 ( )   |
| 11. ご自身は、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？ | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある<br><input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない  |
| 12. 妊娠中や出産後、相談できる人、協力してもらえる人がいますか？     | <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 (居住地: )<br><input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 (居住地: ) <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 (居住地: )<br><input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> いいえ   |
| 13. たばこは吸いますか？                         | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた<br><input type="checkbox"/> 本数を減らした ( 本から 本に)<br><input type="checkbox"/> 妊娠前と同じく吸う (1日 本) <input type="checkbox"/> やめたいと思っている  |
| 14. 同居の方はたばこを吸いますか？                    | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 配慮して吸っている<br><input type="checkbox"/> 以前と同じく吸っている  |
| 15. アルコールを飲みますか？                       | <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 時々飲む<br><input type="checkbox"/> 毎日飲む (1日 を 本・合)   |
| 16. 現在、利用又は取得されているものはありますか？            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( 級)<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( ) <input type="checkbox"/> 自立支援医療   |

★ご協力、ありがとうございました。

記入者 ( 本人 代理人続柄 ( ) )