

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いと思っておりますので、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 <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 <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 <input type="checkbox"/> その他() いつから治療していますか？() 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 ⇒いつ頃ですか？() 症状() 病院名() 診断名() 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 <input type="checkbox"/> おなかの赤ちゃんのこと <input type="checkbox"/> 出産について <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 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)との関係 <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> その他()
11. ご自身は、子ども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 <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:) <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父(居住地:) <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹(居住地:) <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他() <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 <input type="checkbox"/> 本数を減らした(本から 本に) <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 <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 <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) <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())