

※あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ (理由)
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産 (出産回数 回)
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	①なし ②あり (流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)
4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①いいえ ②はい
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他 (内容:)
6 困った時に相談する人、何でも打ち明けることができる人はいますか。	①はい(夫(パートナー)・実母・実父・義母・義父・友人・その他) ②いいえ
7 妊娠・出産・育児について相談、協力してくれる人はいますか。	①はい(夫(パートナー)・実母・実父・義母・義父・友人・その他) ②いいえ
8 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などがありますか。	①なし ②あり⇒㊦妊娠・出産について ㊧自分の身体のこと ㊨家族関係のこと ㊩夫婦(パートナー)関係のこと ㊪育児の仕方 ㊫その他[]
9 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。	①いいえ ②はい ③生活保護を受けている
10 現在、あなたはタバコを吸いますか。	①いいえ ②妊娠してやめた ③はい (本/日)
11 現在、夫(パートナー)や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①いいえ ②妊娠してやめた ③はい (本/日)
12 現在、アルコールを飲みますか。	①いいえ ②はい (回/週)
13 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。	①なし ②あり⇒病名: 心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ こころの病気(うつ病など)・その他 () それはいつ頃ですか: (年頃)・現在治療中
14 今までに心理的・精神的な問題で精神科、心療内科等に相談したことがありますか。	①いいえ ②はい
15 この1年間に、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」「食欲不振」「精神症状がある」などの症状がありますか。	①いいえ ②はい (いつ頃: 年 月頃:)

◆外国人の方へ

16 あなたの母国語は何ですか ()
17 日本語を話すことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 日常会話が可能 <input type="checkbox"/> いいえ

妊娠・出産・育児について相談したいことがありましたら、東かがわ市子ども家庭課までご相談ください。連絡先等は、母子保健ガイドブック裏表紙に掲載しています。

