

# 妊娠届出時質問シート

佐渡市では、安心して出産・子育てができるよう、妊娠中から情報提供や支援をしています。その際の参考にしますのでこの質問シートの記入にご協力をお願いします。

※回答に応じて、保健師等がご連絡する場合があります。

※いただいた個人情報には市で管理し、保健事業以外で使用することはありません。

妊婦

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_ (職種 \_\_\_\_\_)

夫・パートナー

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_ (職種 \_\_\_\_\_)

☆ 妊娠がわかった時の気持ちをお聞かせください。

- とてもうれしかった  予想外だったがうれしかった  予想外で戸惑った  
 困った  特に何も思わなかった

☆ これまでにかかった病気はありますか。

- ない  ある → 甲状腺・心臓・腎臓・糖尿病・精神疾患・その他( \_\_\_\_\_ )  
 ・受診状況 通院している・通院していない  
 ・内服薬 無・有(内容 \_\_\_\_\_)

☆ 今までの妊娠・分娩について教えてください。

	年 月	状 況	出生体重	年 月	状 況	出生体重
1	年 月	出産・流産・死産	g 4	年 月	出産・流産・死産	g
2	年 月	出産・流産・死産	g 5	年 月	出産・流産・死産	g
3	年 月	出産・流産・死産	g 6	年 月	出産・流産・死産	g

☆ 出産や産後に相談できる人、協力してくれる人はいますか。

- いる → それはどなたですか。該当する人に○をつけてください  
 夫(パートナー) 実父 実母 義父 義母 きょうだい 友人 その他( \_\_\_\_\_ )  
 いない

☆ あなたは現在、たばこを吸っていますか。  吸わない  吸う( 本/日) 身近の喫煙者( \_\_\_\_\_ )

☆ あなたは現在、アルコール類を飲みますか。  飲まない  時々飲む  毎日飲む(種類・量 \_\_\_\_\_ )

☆ 妊娠中や出産後に心配なことや相談したいことはありますか。

- ない  
 ある ⇒ 育児のこと・経済的なこと・仕事との両立・健康状態(本人/家族)・配偶者との関係・上の子の子育て・その他(内容 \_\_\_\_\_)

☆ 佐渡市外での出産予定はありますか？

- ない  
 ある →  新潟県内  新潟県以外(地名 \_\_\_\_\_、医療機関名 \_\_\_\_\_)

☆ 妊婦訪問を希望しますか？

母子が安心して健康に過ごせるよう、在宅助産師による妊婦訪問を無料で実施しています(事前に日程をご相談します)。担当する助産師に、記入してある情報を提供します。

- 同意し、希望します  希望しません

ご協力ありがとうございました。

佐渡市使用欄

申請: 年 月 日	交付: 年 月 日
母子健康手帳番号	
こころの健康チェックサービス利用番号	

\*健康医療対策課 処理欄

対応者( \_\_\_\_\_ 本庁・支所・SC \_\_\_\_\_ )

本庁・支所へ転送済み