

妊婦さんアンケート

No.

【 第 子 】

(単胎・多胎)

両面ご記入ください

届出日	年	月	日	水巻町居住年数	年	※妊娠中の転出予定 (無・有)	生活保護受給者 <input type="checkbox"/>
フリガナ 妊婦氏名	水巻町 住所						
生年月日 S・H	年	月	日 (歳)	電話番号 (携帯)			
フリガナ 父親氏名	里帰り予定 (無・有) TEL ()						
生年月日 S・H	年	月	日 (歳)	滞在先住所： 里帰り先氏名 様方			
届出時の妊娠週数	週 (か月)		【家族構成】				
出産予定日	年	月	日				
診察を受けた病院等 (出産予定施設)							
今までの妊娠・分娩等				妊娠中のトラブル等			
1)	年	月	日/男・女/	週/自然・帝切・他/	g (貧血・高血圧・尿蛋白・尿糖・妊娠糖尿病・その他)		
2)	年	月	日/男・女/	週/自然・帝切・他/	g (貧血・高血圧・尿蛋白・尿糖・妊娠糖尿病・その他)		
3)	年	月	日/男・女/	週/自然・帝切・他/	g (貧血・高血圧・尿蛋白・尿糖・妊娠糖尿病・その他)		
流産、死産、出生後1年以内の子どもの死がありましたか						いいえ・はい	流産 (1年以内・1年以上前) 死産 (1年以内・1年以上前)
体 の こ と	①今の体調はいかがですか よい・ふつう・つわりがひどい・疲れやすい・眠れない・食欲がない・その他						
	②今回の妊娠で医師から問題等の指摘 (胎児、妊婦について) はありますか いいえ・はい						
	③妊娠前の体重と身長は？ 体重 () kg ÷ 身長 () m ÷ 身長 () m = BMI ()						
	④日頃の血圧がわかれば記入してください (/) mmHg						
	⑤現在または過去に治療した病気がありますか 無・有 ⇒ 病名：高血圧・腎疾患・自己免疫疾患 (抗リ脂質抗体陽性を含む)・甲状腺疾患 糖尿病・多嚢胞性卵巣症候群・その他 ()						
	⑥あなたは低出生体重児 (2,500g未満) でしたか いいえ・はい・不明						
	⑦あなたは早産児 (36wまでの出生) でしたか いいえ・はい・不明						
	⑧今までに精神的なことで、カウンセラーや心療内科、精神科医院など相談したことがありますか 無・有 ⇒ () 歳の頃 診断名：() 症状：() 現在治療中・内服中/治癒/現在通院していない/その他 ()						
	⑨この1年間に歯の健康診査を受けましたか はい・いいえ						
家 族 歴	⑩血のつながった家族の中で治療中の人はいますか 無・有 (高血圧・糖尿病・腎臓病・心臓病)						
	⑪実母・姉妹が妊娠高血圧症候群でしたか いいえ・はい・不明						
心 の 状 態	⑫妊娠判明時の気持ちはどうでしたか ・とても嬉しかった・予想外だったが嬉しかった・困った・産みたいが育てる自信がない・産みたくない						
	⑬困ったときに相談できる人はいますか いる：(・夫(ハートナ)・自分の親・相手の親・兄妹・友人・その他 ())・いない						
	⑭産後に協力してくれる人がいますか はい：(・夫(ハートナ)・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・その他 ())・いいえ						

