

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。

* 妊婦さんについて

1. 現在の体調や妊娠経過はいかがですか？	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない⇒ <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 気持ち不安定 <input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他 ()
2. この1年間に2週間以上続く気になる症状はありましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 涙ぐみやすい <input type="checkbox"/> 何もやる気がしない <input type="checkbox"/> その他 ()
3. 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか？	<input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だったがうれしかった <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> なんとも思わない <input type="checkbox"/> その他 ()
4. あなたの妊娠を、夫(パートナー)や家族の方はどう感じていますか？	<input type="checkbox"/> 喜んでいた <input type="checkbox"/> 戸惑っていた <input type="checkbox"/> 驚いていた <input type="checkbox"/> どう感じていたのかわからない <input type="checkbox"/> その他 ()
5. これまでの妊娠や出産について該当するものはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不妊治療(回) <input type="checkbox"/> 死産(回/ 年 月頃/ 週) <input type="checkbox"/> 流産(回/ 年 月頃/ 週) <input type="checkbox"/> 中絶(回/ 年 月頃/ 週) <input type="checkbox"/> 早産(回) <input type="checkbox"/> 帝王切開(回) <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 低出生体重児(2500g未満) <input type="checkbox"/> その他 ()
6. 今までに心理的(精神的)な問題で、精神科(心療内科)を受診したり、カウンセラーに相談したことがありますか？	【妊婦】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒病名： ●それはいつ頃ですか：()才頃 ●現在の状況：(治療中 ・ 治療済 ・ 中断) ●内服薬の有無： 無 ・ 有(薬の種類：)
	【夫(パートナー)】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒病名： ●それはいつ頃ですか：()才頃 ●現在の状況：(治療中 ・ 治療済 ・ 中断) ●内服薬の有無： 無 ・ 有(薬の種類：)
7. これまでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒病名： ●それはいつ頃ですか：()才頃 ●現在の状況：(治療中 ・ 治療済 ・ 中断) ●内服薬の有無： 無 ・ 有(薬の種類：)
8. 子どもの頃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

* サポート環境について

妊婦の家族		※面談時に市側で記入します。	夫(パートナー)の家族	
父	健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい		夫(パートナー)	健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい
母	健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい		父	健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい
	健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい		母	健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい
	健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい			健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい
	健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい			健康状態 良・() 相談 できる・難しい 手伝い 頼める・難しい
9. 現在、お子様がいる方へ、育児は楽しいですか？		<input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> 楽しくない <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 困りごとがある ()		

* その他

10. 現在、タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(本/日)
11. 現在、夫(パートナー)や同居家族はタバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(誰が： ところで：)
12. 現在、アルコールを飲みますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(本/日)
13. 現在、「知りたいこと」「気になること」「困っていること」「悩んでいること」など相談したいことはありますか？	<input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 自分の身体のこと <input type="checkbox"/> 住まいのこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)関係のこと <input type="checkbox"/> 家族関係のこと <input type="checkbox"/> 育児のこと <input type="checkbox"/> 保育園のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
14. 前自治体で妊婦支援給付金を受給されましたか？	前市区町村名： 転入日： <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 【妊婦支援給付金(1回目)請求書 交付 ・ 受領】 【妊婦支援給付金(2回目)請求書 交付 ・ 受領】

面談年月日	年 月 日	面談者	
-------	-------	-----	--