

# 妊娠届出時アンケート(代理人用)

妊婦さんが不安なく妊娠期をお過ごしいただくため、アンケートへのご記入をお願いしております。

1	妊娠してからの体調はいかがですか？	1.良い 2.良くない 【 つわり 貧血 不眠 不安 イライラする 涙もろい 】 3.その他 ( )
2	妊娠がわかった時のお気持ちはいかがでしたか？いちばん近いものに○印をおつけください。	1.うれしかった 2.予想外で驚いたがうれしかった 3.予想外で驚き戸惑った 4.困った 5.特に何も思わなかった 6.その他( )
3	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.ない 2.ある <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> こころの病気( ) <input type="checkbox"/> その他( )
4	現在、お酒を飲んでいますか？	1.はい 2.いいえ
5	現在、たばこを吸っていますか？	1.はい 2.いいえ
6	現在、同居しているご家族でたばこを吸っている方はいますか？	1.はい(吸っている方はどなたですか？: ) 2.いいえ
7	同居のご家族はいますか？	1.夫・パートナー(連絡先: ) 2.子ども( )人( 歳・ 歳・ 歳・ 歳) 3.自分の親 4.夫・パートナーの親 5.単身 6.その他( )
8	入籍について	1.入籍済み 2.入籍予定あり( 年 月) 3.入籍予定なし
9	妊娠・出産のことで、相談できる方や協力してくれる方はいますか？	1.はい <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 自分または夫の親 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( ) 2.いいえ
10	生活が苦しいなど、経済的な不安がありますか？	1.はい ( <input type="checkbox"/> 生活保護を受けている) 2.いいえ
11	出産・育児について、心配なことはありますか？	1.特になし 2.出産・お腹の子どものこと 3.経済的なこと 4.上の子どものこと 5.健康面のこと 6.仕事のこと 7.育児のこと 8.夫・パートナーとの関係 9.自分の父母のこと 10.夫・パートナーの父母のこと 11.その他 ( ) ご自由にお書きください [ ]

がいこくせきのかたへ

## 外国籍の方へ

12	ふだんはなしていることばは 何ですか？	えいご ちゅうごくご べとなむご みやんまーご <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> ミャンマー語
	普段、話している言葉は何ですか？	はんぐるご ほか <input type="checkbox"/> ハンガール語 <input type="checkbox"/> その他( )
13	あなたは にほんごを はなせますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> すこし <input type="checkbox"/> いいえ
	あなたは日本語を話せますか？	
14	パートナー、ご家族は日本語を話せますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> すこし <input type="checkbox"/> いいえ
	パートナー、ご家族は日本語を話せますか？	

### 【確認事項】

- 所沢市では、妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援をしております。助産師や保健師等から、お電話をさせていただく場合や、医療機関等の関係機関にご連絡させていただく場合があります。また、赤ちゃんが生まれたご家庭にお電話をしております。

フリガナ  
氏名

※以下職員記入欄

妊娠届出日	2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	妊娠届出 第	<input type="text"/>	号
アンケート收受日	2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日		R05.3.b	