

# 妊婦問診票



妊娠おめでとうございます。  
栗東市では安心して出産・子育てができるようサポートします。  
以下の問診票(両面)の記入にご協力をお願いします。  
※記入いただいた内容は個人情報として取り扱います。※必要時保健師・助産師等からご連絡する場合があります。

|                      |                                                                                                                                      |                        |                                           |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|
| フリガナ<br>妊婦氏名         |                                                                                                                                      | フリガナ<br>夫氏名<br>(パートナー) |                                           |
| 生年月日                 | 昭和<br>平成      年      月      日生 (      歳 )                                                                                            | 生年月日                   | 昭和<br>平成      年      月      日生 (      歳 ) |
| 妊婦の職業                | 常勤・パート・アルバイト・自営・主婦<br>学生・無職・他 (      )                                                                                               | 夫・パートナー<br>の職業         | 常勤・パート・アルバイト・自営・主夫<br>学生・無職・他 (      )    |
|                      |                                                                                                                                      | 住      所<br>(妊婦と異なる場合) |                                           |
| 電話番号                 | 自宅 :<br>携帯 :                                                                                                                         | 電話番号                   | 携帯 :                                      |
| 婚姻<br>(チェックを入れてください) | <input type="checkbox"/> 既婚      (結婚時期 :      年      月頃 )<br><input type="checkbox"/> 未婚      (入籍予定 :    有    ・    無    ・    未定    ) |                        |                                           |

以下の質問にお答えください。また、あてはまるものに○をつけてください。

|   |                                                                                                       |                    |                           |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| 1 | 今までの分娩回数                                                                                              | 初産 ・ 経産 (      ) 回 |                           |
| 2 | 現在の子どもの人数、子どもの年齢                                                                                      | 人                  | 歳,      歳,      歳,      歳 |
| 3 | 今回の妊娠について<br>うれしかった      驚いたがうれしかった      とまどった      困った      なんとも思わない                                 |                    |                           |
| 4 | 今回の妊娠は不妊・不育症治療を受けましたか?<br>(人工授精・体外受精・顕微授精・排卵誘発)                                                       | いいえ                | はい                        |
| 5 | 前回の妊娠・出産で次のような事がありましたか?<br>(切迫早産、妊娠性高血圧症候群、妊娠糖尿病、帝王切開、死産など)                                           | いいえ                | (病名:      はい      )       |
| 6 | これまでにかかれた病気等がありますか?<br>(高血圧、糖尿病、甲状腺の病気、うつ病、パニック障害など)                                                  | いいえ                | (病名:      はい      )       |
| 7 | 現在、服薬中の薬はありますか?                                                                                       | いいえ                | (病名:      はい      )       |
| 8 | 健康保険に加入していますか?<br> | はい                 | いいえ                       |
| 9 | 次の手帳を所有していますか?<br>(身体障がい者手帳、精神障がい者保健福祉手帳、療育手帳、その他)                                                    | いいえ                | (      はい      手帳 )       |

裏面も記入してください 

市 記入欄

|                                       |                 |      |                                                         |                                    |
|---------------------------------------|-----------------|------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 学区                                    | 分娩予定日           | 妊娠週数 | 同伴者                                                     | 外国語版                               |
| 金勝・治田・治田東<br>葉山・葉山東<br>大宝西・大宝東・大宝・治田西 | 年      月      日 | 週    | なし・夫・パートナー<br>実母・実父・義母・義父<br>きょうだい・子ども<br>友人・他 (      ) | 英語・中国語<br>ベトナム語<br>ポルトガル語<br>スペイン語 |





あてはまるものに○をつけてください

|                                                                       |                                                                                               |                                                                             |                                                      |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 10                                                                    | 睡眠や食事は十分にとれていますか？<br>                                                                         | はい                                                                          | いいえ                                                  |                                      |
| 11                                                                    | 妊娠・出産の際に支援者や協力者がいますか？<br>                                                                     | はい<br>誰ですか？（複数可）<br>・夫、パートナー<br>・実父母<br>：居住地（ ）<br>・義父母<br>：居住地（ ）<br>・他（ ） | いいえ                                                  |                                      |
| 12                                                                    | 今までに理由もないのに不安になったり、気分が落ちこんだことがありますか？                                                          | いいえ                                                                         | はい                                                   |                                      |
| 13                                                                    | 現在、お酒は飲みますか？                                                                                  | いいえ                                                                         | はい                                                   |                                      |
| 14                                                                    | 現在、タバコ（加熱式タバコを含む）は吸いますか？                                                                      | いいえ                                                                         | やめた<br>やめた時期<br>・今回の妊娠<br>・他（ ）<br>吸っていた本数<br>1日（ ）本 | はい<br>1日（ ）本                         |
| 15                                                                    | 現在、同居者でタバコ（加熱式タバコを含む）を吸う人はいますか？                                                               | いいえ                                                                         | やめた<br>やめた人は誰ですか？<br>・夫・パートナー<br>・他（ ）               | はい<br>吸う人は誰ですか？<br>・夫・パートナー<br>・他（ ） |
| 16                                                                    | タバコ（加熱式タバコを含む）に関して相談を受けたいと思いますか？<br>※市では生活習慣病相談（禁煙相談）を実施しています                                 | いいえ                                                                         | はい                                                   |                                      |
| 17                                                                    | 滋賀県外の医療機関で、妊婦健診・出産をする予定はありますか？                                                                | いいえ                                                                         | 未定                                                   | はい<br>（都道府県名： ）                      |
| 18                                                                    | 妊娠期間中・出産後に、市外へ転出する予定はありますか？                                                                   | いいえ                                                                         | はい                                                   | （転出時期： 年 月）<br>（転出先： ）               |
| 19                                                                    | 経済的な心配やお困り事について、相談を希望しますか？（生活保護・非課税世帯の方にご案内できる制度があります）                                        | 希望しない                                                                       | 希望する                                                 |                                      |
| 20                                                                    | ご自身（妊婦）、パートナー自身のことについて何かありましたらお書きください<br>（健康面の不安、経済的な心配、心の悩み、家事や仕事が忙しい、パートナーとの関係、父母との関係、介護など） |                                                                             |                                                      |                                      |
| この問診票に基づき、妊娠・出産・子育てへの支援のために必要に応じて市から医療機関などの関係機関に情報提供させていただきます場合があります。 |                                                                                               |                                                                             |                                                      |                                      |
| このことに同意します。                                                           |                                                                                               |                                                                             |                                                      |                                      |
| 年 月 日 妊婦氏名                                                            |                                                                                               |                                                                             |                                                      |                                      |

市 記入欄

|  |        |
|--|--------|
|  | 対応者（ ） |
|--|--------|