

妊娠届出アンケート

枚方市では、健やかな妊娠生活と出産に向けてより良いお手伝いができるように妊婦さんの状況やお気持ちについてアンケートを実施しています。お手数おかけしますが、ご協力くださいますようお願いいたします。

届出日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
カナ氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	<input type="text"/>	昭和・平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
1. パートナーについて教えてください。							
氏名	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
職業	<input type="text"/>	パートナーの喫煙状況	<input type="checkbox"/>	吸う	<input type="checkbox"/>	吸わない	<input type="checkbox"/>
婚姻状況	<input type="checkbox"/>	入籍済み	<input type="checkbox"/>	入籍予定	<input type="checkbox"/>	入籍予定なし	<input type="checkbox"/>
2. 出産予定の産婦人科の名称について教えてください。							
産婦人科名称	<input type="text"/>	所在地	<input type="text"/>	枚方市	・	(<input type="text"/>)	市
3. 妊娠中に転居の予定はありますか。							
<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	枚方市内	・	(<input type="text"/>)	市
4. 現在の妊娠経過について							
<input type="checkbox"/>	経過はよい	<input type="checkbox"/>	具合が悪く治療中である	(<input type="text"/>)			
<input type="checkbox"/>	多胎	(<input type="checkbox"/>	双子	<input type="checkbox"/>	三つ子以上	(<input type="text"/>)	人)
5. 今までに次のような病気にかかったことがありますか							
<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	→	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	腎臓病	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	心臓病	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	精神疾患	
					<input type="checkbox"/>	その他	(<input type="text"/>)
						はいと答えた方へ	→
						現在は	<input type="checkbox"/>
						治療終了	<input type="checkbox"/>
						治療中	<input type="checkbox"/>
						治療中断	<input type="checkbox"/>
6. 喫煙していますか							
<input type="checkbox"/>	吸わない	<input type="checkbox"/>	妊娠前に禁煙	<input type="checkbox"/>	妊娠後に禁煙	<input type="checkbox"/>	現在喫煙中
						(1日	<input type="text"/>
						本)	
						→	やめたいと思いますか
						<input type="checkbox"/>	はい
						<input type="checkbox"/>	いいえ
7. 酒類を飲んでいますか							
<input type="checkbox"/>	飲まない	<input type="checkbox"/>	やめた	<input type="checkbox"/>	時々飲む	(1日	<input type="text"/>
						ml)	
<input type="checkbox"/>	よく飲む	(1日	<input type="text"/>	ml)			
8. 今回の妊娠について							
<input type="checkbox"/>	希望していた	<input type="checkbox"/>	予想外だった	<input type="checkbox"/>	その他	(<input type="text"/>)	
9. あなたの気持ちについて下記より選んでご記入ください。(複数回答可)							
	妊娠を知ったときの気持ち	(<input type="text"/>)		今の気持ち	(<input type="text"/>)		
1	うれしい		2	とまどいがある		3	困っている
						4	不安がある
5	特になにも思わない		6	その他	(<input type="text"/>)		
10. 妊娠中や出産後に困ったり不安になるかも、と思うことがありますか(複数回答可)							
<input type="checkbox"/>	赤ちゃんのお世話、子育ての仕方	<input type="checkbox"/>	妊婦本人の体調	(具体的に	<input type="text"/>)		
<input type="checkbox"/>	夫(パートナー)との関係	<input type="checkbox"/>	その他	(<input type="text"/>)			
<input type="checkbox"/>	妊娠出産、子育てにかかるお金	<input type="checkbox"/>	特にない				
<input type="checkbox"/>	生まれてくる子どもの健康						
11. 悩んでいるときに相談できる人や機関はありますか(複数回答可)							
<input type="checkbox"/>	配偶者	<input type="checkbox"/>	実家	<input type="checkbox"/>	友人	<input type="checkbox"/>	隣近所
						<input type="checkbox"/>	かかりつけ医
<input type="checkbox"/>	保健師	<input type="checkbox"/>	助産師	<input type="checkbox"/>	保育所幼稚園	<input type="checkbox"/>	民生児童委員
						<input type="checkbox"/>	インターネット
<input type="checkbox"/>	誰もいない	<input type="checkbox"/>	その他	(<input type="text"/>)			
12. 産後、育児に協力してもらえる人や機関はありますか(複数回答可)							
<input type="checkbox"/>	配偶者	<input type="checkbox"/>	実家	<input type="checkbox"/>	友人	<input type="checkbox"/>	隣近所
						<input type="checkbox"/>	ファミリーサポーター
<input type="checkbox"/>	一時保育	<input type="checkbox"/>	民間のサービス	<input type="checkbox"/>	誰もいない	<input type="checkbox"/>	その他
						(<input type="text"/>)	
13. 保健師に相談したいことがありますか							
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
<保健師への相談内容>							

職員記入欄

内容により、保健師がお電話をさせていただくことがあります。

ありがとうございました。