



## ～妊娠された方への質問票～

市川市では、妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため、妊娠中の状況をお伺いしています。  
以下は妊婦さんご本人がご回答いただき、あてはまるところに☑を、( )には記入をしてください。

1	妊娠されて、今のお気持ちはいかがですか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> とても嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外だが嬉しかった <input type="checkbox"/> 楽しみ <input type="checkbox"/> 戸惑った <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ホッとした <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 何とも思わない
2	体調はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> どちらともいえない	<input type="checkbox"/> 悪い(つわり・頭痛・出血・不眠等) <input type="checkbox"/> その他( )
3	過去に流産・早産・死産・中絶手術の 経験はありますか。	流産 <input type="checkbox"/> はい( )回	<input type="checkbox"/> いいえ
		早産 <input type="checkbox"/> はい( )回	<input type="checkbox"/> いいえ
		死産 <input type="checkbox"/> はい( )回	<input type="checkbox"/> いいえ
		中絶手術 <input type="checkbox"/> はい( )回	<input type="checkbox"/> いいえ
4	現在治療中の病気はありますか。 「はい」の方は当てはまる病気にチェックを してください。 (複数回答可) また、現在お薬は飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい( )歳頃～ ↓ 薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいる 病院名( ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> うつ病・うつ状態 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> その他精神疾患( ) <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 飲んでいない
5	今までに受診、治療したことのある病気は ありますか。 「はい」の方は当てはまる病気にチェックを してください。(複数回答可) また、その時にお薬は飲んでいましたか。	<input type="checkbox"/> はい( )歳頃 ↓ 薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいた <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> うつ病・うつ状態 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> その他精神疾患( ) <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 飲んでいない
6	今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、 カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師 等に相談したことはありますか。 例) 28歳 自律神経失調症	<input type="checkbox"/> はい ↓ ( )歳頃・( ) ( )歳頃・( )	<input type="checkbox"/> いいえ
7	たばこを吸いますか。 (電子タバコを含む)	妊婦本人 <input type="checkbox"/> はい【1日( )本】	<input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた <input type="checkbox"/> いいえ
		パートナー <input type="checkbox"/> はい【1日( )本】	<input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた <input type="checkbox"/> いいえ
8	お酒を飲みますか。	<input type="checkbox"/> 妊娠前から飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む	<input type="checkbox"/> 妊娠してから飲んでいない <input type="checkbox"/> 毎日飲む
9	里帰り出産の予定はありますか。	<input type="checkbox"/> はい( )都・道・府・県( )市 <input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> いいえ
10	妊娠中・出産後に協力してくれる人はいますか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない ↓ <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹
11	夫・パートナーになんでも打ち明けることは できますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
12	こ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"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
13	生活するうえで経済的な心配はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	土地勘はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
15	現在「困っていること」「心配なこと」 「悩んでいること」等がありますか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> はい ↓ <input type="checkbox"/> 妊娠・出産のこと <input type="checkbox"/> 自分の体のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 育児について <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> その他( )

記載の内容によっては、保健センター保健師より連絡をさせていただくことがありますので、予めご了承ください。

担当記入欄	本人・夫・その他	S.F. : 1☐母連 2☐父連 3☐両親	☐S.M.
-------	----------	-----------------------	-------