

～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"/> ホッとした <input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 予想外だが嬉しかった <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 何とも思わない	<input type="checkbox"/> 楽しみ <input type="checkbox"/> 戸惑った <input type="checkbox"/> その他
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 早産 <input type="checkbox"/> はい()回 死産 <input type="checkbox"/> はい()回 中絶手術 <input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <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 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"/> 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 <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"/> 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、 精神科医師や心療内科医師、カウンセラー 等に相談したことはありますか。 病名の例) 自律神経失調症	<input type="checkbox"/> はい()歳頃 ↓ <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他() 薬を <input type="checkbox"/> 飲んで (病名)	<input type="checkbox"/> 飲んでいない	
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】 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 <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・区・町・村 出産病院() <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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない ↓ <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()		
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"/> 育児について <input type="checkbox"/> 自分の体のこと <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> いいえ	
16	今、無戸籍児 [※] やDVなどの社会問題が取り上げ られていますが、今後生活を送る上で不安なこ とはありますか。 <small>※離婚後300日以内に出産した場合や婚姻中に他のパートナーとの子を出産した 場合、(前)夫の子どもとして戸籍が作られることとなります。それを避ける ために出生届を提出しなければ無戸籍となります。</small>	<input type="checkbox"/> はい ↓ <input type="checkbox"/> 子どもが無戸籍になる可能性がある <input type="checkbox"/> 夫婦・家族関係(DVなど)についての不安がある <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> いいえ	