

# 妊婦健康相談票

妊婦氏名:

【 家族構成(同居者) 】 ○をしてください。

夫・実父・実母・義父・義母  
子供( )・その他( )

【 妊娠前の身長・体重 】

身長( )cm、体重( )Kg

【 既往歴・現病歴 】

次の病気にかかったことはありますか。( )内は年齢を記入してください。

記入例:・精神,神経疾患(統合失調症、うつ)( 歳)

・心臓病 ( ) ・腎臓病 ( ) ・糖尿病 ( )  
・高血圧 ( ) ・貧血 ( ) ・骨,関節疾患 ( )  
・甲状腺疾患 ( ) ・婦人科疾患 ( )  
・精神,神経疾患 ( )  
・常用薬 無 ・ 有 ( )

【 最終学歴 】 ○をしてください。

中学校卒 ・ 高校卒 ・ 専門卒 ・ 短大卒 ・ 大学卒

【 妊娠歴 】

結婚年齢: 歳 ・ 今後入籍予定: 月頃 ・ 未定

不妊治療: 無 ・ 有 ( 歳 ~ 年 カ月、治療方法: )

生理不順の有無: 順調 ・ 不順

妊娠 回、出産 回 (今回の妊娠は含まない)

出産年月	妊娠の状況		性別	出生時体重	新生児の状態	母の状態
	種類	週数				
	生・死・流・中		男・女	g	健・病・死	健・病
	生・死・流・中		男・女	g	健・病・死	健・病
	生・死・流・中		男・女	g	健・病・死	健・病
	生・死・流・中		男・女	g	健・病・死	健・病

【 今回の妊娠状況 】 ○をしてください。

妊娠初期のお薬の服用: なし ・ あり  
妊娠初期の出血: なし ・ あり  
つわりの状況: なし ・ あり (入院した ・ 通院治療した ・ しない)  
食事状況: 食べられる ・ 食べられない( )  
仕事・家事について: 今まで通り ・ 軽くした  
たばこについて: 吸わない ・ 吸っていたがやめた  
現在も吸っている(1日 本 歳~)  
家族の喫煙状況: 吸っている (誰が: ) ・ 吸っていない  
お酒について: 飲まない 飲んでいたがやめた  
現在も飲んでいる(量: )  
睡眠状況: 時~ 時、 時間 よく眠れている ・ 眠れていない

1. 今回の妊娠を知ったときのお気持ちはいかがでしたか?

①うれしかった ②おどろいた ③とまどった ④困った ⑤何とも思わなかった  
⑥その他( )

2. 今回の妊娠は予定していましたか?

①はい ②どちらともいえない ③いいえ

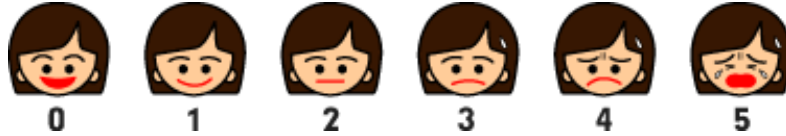
3. 今回の妊娠を知った時の夫(またはパートナー)の反応はどうでしたか?

①うれしそうだった ②おどろいていた ③とまどっていた ④困っていた  
⑤変わりなかった ⑥わからない ⑦その他( )

裏面も  
あります

4. 現在、心配事や悩み事がありますか？ ① はい ② いいえ  
 具体的にはどのようなことですか？ あてはまるもの全てに○を付けてください。  
 ①お腹の子供のこと ②出産に関すること ③自分の健康について  
 ④妊婦健診のこと ⑤妊娠生活のおくりかた ⑥上の子の育児  
 ⑦夫との関係 ⑧あなたの父母のこと ⑨夫の父母のこと  
 ⑩仕事のこと ⑪経済的なこと ⑫その他( )

5. 今のあなたのお気持ちに近い顔に○を付けてください



6. 今のあなたの体調はどうですか？ あてはまるもの全てに○を付けてください。  
 ①体調は良好である ②イライラする ③疲れやすい ④よく眠れない  
 ⑤落ち込みやすい ⑥その他( )

7. 赤ちゃんが産まれた後の生活は楽しみですか？  
 ①楽しみである ②あまり楽しみではない ③どちらともいえない

8. 相談相手がありますか？  
 ①はい(誰ですか？ ) ②いいえ ③どちらともいえない

9. 現在の生活やこれからの生活において、協力者がありますか？  
 ①はい(誰ですか？ ) ②いいえ ③どちらともいえない

10. お仕事をしていますか？  
 ①はい(常勤・パート・アルバイト) ②いいえ  
 ↓  
 勤務日・時間について 週 日, 時 ~ 時  
 産前休暇が取れますか？ ①はい(予定日の 週間前から) ②いいえ  
 仕事を辞める予定がありますか？ ①はい(妊娠 カ月頃) ②いいえ  
 (理由: )

11. 出産前後に里帰りを予定していますか？  
 ①はい(いつから いつまで ) 里帰り先( )  
 ②いいえ  
 ③未定

12. 転出予定はありますか？  
 ①はい( 年 月頃)  
 ②いいえ

13. その他質問や相談したいことがありましたら、お書きください。

※このアンケートは、妊婦さんが健康な赤ちゃんを産むために、妊婦さんの健康管理に役立つための参考とさせていただきます。妊婦さんが安全で安心な出産を迎えられるよう、また産後の育児について医療機関、市町村などが連携を取り合って支援します。あなた自身とおなかの赤ちゃんのためにご協力くださるようお願いいたします。

説明をしました。氏名 \_\_\_\_\_  
 説明を受け同意しました。氏名 \_\_\_\_\_ R 年 月 日