

～ 質 問 票 (うら) ～

妊娠が分かったときのお気持ちを聞かせてください	<input checked="" type="checkbox"/> 嬉しい <input type="checkbox"/> 予想外だが嬉しい <input type="checkbox"/> 戸惑った <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> その他 ()		
夫（パートナー）が妊娠を知ったときの反応はいかがでしたか	<input checked="" type="checkbox"/> 喜んだ <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが喜んだ <input type="checkbox"/> 戸惑った <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 知らせない <input type="checkbox"/> その他 ()		
妊婦ご自身の体調・現病歴・既往歴	現在の体調はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input checked="" type="checkbox"/> 不調→	<input checked="" type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 気持ちが不安定 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> やる気がしない <input type="checkbox"/> その他 ()
	現在治療中の病気はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 婦人科系（子宮・乳） 病院名： () 歳から) 内服薬：無・有 ()
	今までにかかった病気はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 婦人科系（子宮・乳）
	カウンセリングや心療内科、精神科を受診したことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい→	病名： パニック障害 病院名： 〇〇クリニック 治療状況：現在治療中 () 歳から) 内服：無・有 () 治療なし (終了・ 中断)
家族歴	血のつながった家族で現病歴や既往歴はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい→	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 婦人科系（子宮・乳） 誰ですか： <input checked="" type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> きょうだい () <input type="checkbox"/> その他 ()
	里帰りの予定はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい→	里帰り時期：妊娠 32 週頃から (R5 年 11 月頃から) 受診医療機関： 〇〇病院 里帰り先住所： 千葉県〇〇市
サポート状況	妊娠中や産後にサポートしてくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい→	<input checked="" type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input checked="" type="checkbox"/> 実母 <input checked="" type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> きょうだい () <input type="checkbox"/> その他 ()
	不安な時や心配な時に相談できる人はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい→	<input checked="" type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input checked="" type="checkbox"/> 実母 <input checked="" type="checkbox"/> 実父 <input checked="" type="checkbox"/> 義母 <input checked="" type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> きょうだい () <input type="checkbox"/> その他 ()
相談事	困っていること・心配や不安なこと等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい→	<input type="checkbox"/> 妊娠出産のこと <input type="checkbox"/> 自分自身のこと <input type="checkbox"/> 夫婦（パートナー）関係 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input checked="" type="checkbox"/> 育児のこと <input type="checkbox"/> 上の子のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 相談者がいない <input type="checkbox"/> その他 ()
ママパパ教室の参加希望の有無について（web申込み）		希望する (妊娠 / 産後 / 歯授乳 /)	<input type="checkbox"/> しない <input checked="" type="checkbox"/> 検討する
（任意）妊婦メールアドレス（電話がつかない時に必要時メールでご連絡します）			

【同意事項】

本質問票は、妊婦さんやそのご家族が安心して妊娠・出産・子育てができるよう支援する目的で適切に保管・管理いたしますが、妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援のために、必要に応じて妊娠届出書や質問票、セルフプランの内容について医療機関や関係機関と情報共有し連携をすることがあります。このことについてご理解をいただき、下記に署名をお願いいたします。

署名 **那珂 花子**

※血圧	※脈拍	※その他	面接者：
-----	-----	------	------