

～ 質問票 (おもて) ～

受付日		地区	()
来所者	妊婦・夫(パートナー)・他()		
母子手帳番号		個人コード	
出産応援給付金書類配付済チェック欄			年 月 日

この質問票は、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ため、市の保健師等が面談時に使用する質問票です。
下記について☑、または必要事項を記入してください。また裏面もご記入ください。

妊娠・出産	今回の妊娠	第 2 子	単体・多胎別	<input checked="" type="radio"/> 単胎 () ・ 多胎 (胎)	
	受診医療機名	ひだまりクリニック	分娩予定施設受診	〇〇病院	
	出産経験	<input type="checkbox"/> 初めて(初産) <input checked="" type="checkbox"/> 経産 (1 回)			
	妊娠回数 (今回の妊娠は含めず)	2 回	<input checked="" type="checkbox"/> 流産 1 回 <input type="checkbox"/> 早産 回 <input type="checkbox"/> 死産 回	<input type="checkbox"/> 低体重児の出生 (2,500g未満) 回 <input type="checkbox"/> 中絶 回	
	今までの妊娠で指摘されたこと	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	今までの出産時の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 () 理由 ()		
生活習慣	喫煙習慣	妊娠前	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日)	妊娠中	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日)
	飲酒習慣	妊娠前	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (350 ml/日)	妊娠中	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml/日)
	妊娠前の身長・体重	身長	155 cm	体重	50 kg

【家族構成】 (※続柄は生まれてくる赤ちゃんからみて記載してください。)							
続柄※	氏名	生年月日	年齢	出身地	職業	健康状態	喫煙の有無
母 (妊婦)	那珂 花子	1992/10/1	32	千葉県	会社員	(<input checked="" type="radio"/> 良 その他)	<input checked="" type="radio"/> 無・有
父	那珂 太郎	1991/12/2	33	那珂市	会社員	(<input checked="" type="radio"/> 良 その他)	<input checked="" type="radio"/> 無・有
	電話番号: 090-1111-2222				同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 (単身赴任中)	
姉	那珂 さくら	2021/5/1	3	那珂市	保育園	(<input checked="" type="radio"/> 良 その他)	<input checked="" type="radio"/> 無・有
祖父	那珂 一郎	1961/6/1	63	那珂市	自営業	(<input checked="" type="radio"/> 良 その他)	<input checked="" type="radio"/> 無・有
祖母	那珂 梅子	1964/5/2	60	那珂市	なし	(良・ <input checked="" type="radio"/> その他) 介護	<input checked="" type="radio"/> 無・有
						(良・その他)	無・有
						(良・その他)	無・有
婚姻状況	<input checked="" type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 婚姻予定 (年 月頃 ・ 未定) <input type="checkbox"/> 婚姻しない						
家族形態	<input type="checkbox"/> 核家族 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 (<input checked="" type="radio"/> 父方 ・ 母方) <input type="checkbox"/> 敷地内同居 (父方 ・ 母方)						

外国籍のかた	日常生活の会話について <input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 母国語 (語) <input type="checkbox"/> その他 (語)	母子手帳: 日本語版 外国語版 (語)
--------	--	--------------------------