

# ～ 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 子	単体・多胎別	単胎・多胎(胎)	
	受診医療機名	分娩予定施設受診			
	出産経験	☐初めて(初産) ☐経産(回)			
	妊娠回数 (今回の妊娠は含めず)	☐流産 回	☐早産 回	☐死産 回	
		☐低体重児の出生(2,500g未満) 回 ☐中絶 回			
	今までの妊娠で 指摘されたこと	☐無 ☐有	☐貧血 ☐高血圧 ☐尿蛋白 ☐尿糖 ☐妊娠高血圧症候群 ☐妊娠糖尿病 ☐その他( )		
今までの出産時の 異常	☐無 ☐有	☐帝王切開 ☐その他( ) 理由( )			
生活 習慣	喫煙習慣	妊娠前	☐無 ☐有(本/日)	妊娠中	☐無 ☐有(本/日)
	飲酒習慣	妊娠前	☐無 ☐有(ml/日)	妊娠中	☐無 ☐有(ml/日)
	妊娠前の 身長・体重	身長	cm	体重	kg
				BMI	

## 【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)						(良・その他)	無・有
父						(良・その他)	無・有
	電話番号:				同居の有無	☐同居 ☐別居( )	
						(良・その他)	無・有
						(良・その他)	無・有
						(良・その他)	無・有
						(良・その他)	無・有
						(良・その他)	無・有
婚姻状況	☐既婚 ☐婚姻予定(年 月頃・未定) ☐婚姻しない						
家族形態	☐核家族 ☐同居(父方・母方) ☐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 ☐日本語 ☐母国語(語) ☐その他(語)	母子手帳: 日本語版 外国語版(語)
--------	----------------------------------	-----------------------