

～ 質 問 票 (おもて) ～

受付日		地区	()
来所者	妊婦・夫(パートナー)・他()		
母子健康手帳番号		個人コード	
給付金書類配付済チェック欄	交付日に済・前市で済・その他()		

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)
	受診医療機関名			分娩予定施設	
	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)	回	☐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 ☐切迫流産・早産 ☐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※	フリガナ氏名	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
	電話番号：						
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)