

# ～ 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 2 子	単体・多胎別	単胎 ( ) ・ 多胎 ( 胎 )	
	受診医療機関名	ひだまりクリニック	分娩予定施設	ひだまりクリニック	
	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"/> 低体重児の出産 (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"/> 切迫流産・早産 <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	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)	那珂 花子	1992/10/1	33	千葉県	会社員	( 良 その他 )	( 無 ) 有
電話番号: 090-1234-5678							
父	那珂 太郎	1991/12/2	34	那珂市	会社員	( 良 その他 )	( 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	2022/5/1	3	那珂市	保育園	( 良 その他 )	( 無 ) 有
祖父	那珂 一郎	1962/6/1	63	那珂市	自営業	( 良 その他 )	( 無 ) 有
祖母	那珂 梅子	1965/5/2	60	那珂市	なし	( 良 その他 ) 介護	( 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 ( 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 )	