

◆母子健康手帳交付時アンケート◆

阿蘇市では安心して子育てができるように、妊娠中からサポートしていきます。

記入日 令和 年 月 日

フリガナ			職業	無	職 種： 正社員・パート	保 険
妊婦氏名				有	勤務先： 通勤方法 () 通勤時間 ()	社保・国保
生年月日	S・H	年 月 日 (歳)	職業	出産後：続ける→産前産後休暇・育児休暇取得できる やめる→辞める時期 ()		
婚 姻	既婚(初婚・再婚)・未婚・入籍予定(月頃)・その他()					
家 族 構 成	夫(パートナー)氏名		職業	無	職 種： 正社員・パート	
	初婚・再婚			有	勤務先：	
	生年月日	S・H	年 月 日 (歳)	夫(パートナー)電話番号		
同居家族 () 本人・夫(パートナー)・子ども ()人・実父・実母・義父・義母・その他 ()人(妊婦との関係)						
出産予定日	令和	年 月 日 (現在の週数： 週) 第 子				
妊娠今回含む () 回 ・ 出産これまで () 回 ・ 流産これまで () 回 ・ 死産これまで () 回 : 初産年齢 (歳)						
出産予定施設	現在の病院 () ・ 他の病院(県内・県外) ・ 未定					
出産歴	名 前	生年月日	妊娠出産経過			
1子		年 月 日 (男・女)	g (週)	1.異常なし 2.妊娠糖尿病 3.貧血 4.妊娠高血圧症候群 5.産後うつ 6.その他		
2子		年 月 日 (男・女)	g (週)	1.異常なし 2.妊娠糖尿病 3.貧血 4.妊娠高血圧症候群 5.産後うつ 6.その他		
3子		年 月 日 (男・女)	g (週)	1.異常なし 2.妊娠糖尿病 3.貧血 4.妊娠高血圧症候群 5.産後うつ 6.その他		
4子		年 月 日 (男・女)	g (週)	1.異常なし 2.妊娠糖尿病 3.貧血 4.妊娠高血圧症候群 5.産後うつ 6.その他		
5子		年 月 日 (男・女)	g (週)	1.異常なし 2.妊娠糖尿病 3.貧血 4.妊娠高血圧症候群 5.産後うつ 6.その他		
* 妊娠前の体重と身長について			妊娠前体重 () kg 身長 () cm 20歳のころ () kg BMI = (体重kg ÷ (身長m × 身長m))			
* 次の病気にかかったことがありますか			1 特になし 2 高血圧 3 糖尿病 4 腎臓病 5 心臓病 6 貧血 7 甲状腺の病気 8 子宮等婦人疾患 9 喘息 10 その他 ()			
* 次の方で、上記病気の方は おられますか(番号をご記入ください)			□夫・パートナー () □実父 () □実母 () □実祖父 () □実祖母 () □実兄弟 () □おじ () □おば ()			
* 治療中の病気がありますか。			□ない □ある (病名：)			
* 現在の体調はいかがですか。			□良い □どちらともいえない □悪い：つわり・出血・他 ()			
* こころの状態についてお尋ねします。			①現在、こころの不調はありますか？ □ない □ある(受診：有・無) (状況：) ②過去、こころの不調で受診したことがありますか？ □ない □ある (時期：)			
* 障害者手帳をお持ちですか。			□いいえ □はい(精神障害者保健福祉手帳・身体障害者手帳・療育手帳) (級)			
* 生活リズムについて			起床・就寝の時間、食事の時間、勤務時間等の1日の流れをご記入ください。 ●食事は1日に何回とりますか () 回 →朝・昼・夜 ●睡眠時間 () 時間 0時 6時 12時 18時 24時			
* 嗜好品について			①たばこ： □吸わない □妊娠をきっかけにやめた □吸う(本/日) ●同居の家族： □吸わない □吸う(誰：) →分煙： □している □していない ②お 酒： □飲まない □妊娠をきっかけにやめた □飲む (週に 回・種類：)			

