

母子手帳NO：

妊 娠 届

下記のとおり届出いたします。

令和 年 月 日

様似町長 荒 木 輝 明 様

氏名

☆☆☆妊婦さんへのアンケート☆☆☆

ご妊娠おめでとうございます。保健福祉センターでは、みなさまの出産や子育てを応援していこうと、アンケートのご協力をお願いしています。（なお内容は、個人情報として取り扱いプライバシーを保護いたしますので、ご安心ください。）

1. ご本人（妊婦）の住所、氏名、生年月日、ご職業などについてご記入ください。

氏名：	個人番号：													
	生年月日：S・H	年	月	日	（	歳）								
住所：様似町	電話番号：	0	1	4	6	—	3	6	—					
	携帯番号：	— —												
ご本人の職業：	退職：__月頃に、退職を予定・すでに退職した													
医療保険：国・社・共・生	産休の予定：有・無 育児休暇の予定：有・無（産後 年 カ月まで）													
出産予定日：令和 年 月 日	定期検診病院：													
妊娠週数： 週 カ月	出産予定病院：													
身長： cm	※記入しなくて結構です													
体重： kg（非妊娠時）	BMI													
	血液型： 型（RH：＋・－）													

2. 家族構成についてご記入ください。（ご本人は除く）

氏 名	続柄	年齢	職業・学校・保育所	健康状態

（裏面もあります）

3. これまでの妊娠や出産について教えてください。

(1) 妊娠回数: 回 「 自然分娩 回 / 帝王切開 回 / 早 産 回

(2) 出産回数: 回 } 自然流産 回 / 人工妊娠中絶 回 / 死産 回

(3) 妊娠高血圧症候群の治療をしたことはありましたか？ → 有・無

(入院：有・無 妊娠 力月頃)

(4) 妊娠性貧血の治療をしたことはありましたか？ → 有・無（入院：有・無）

4. 今回の妊娠について教えてください。(どちらかを○で囲む)

- ・ 自然に妊娠した
- ・ 治療して妊娠した（治療期間 年 カ月）

5. ご本人の生活習慣や健康状態について教えてください。

(1) 現在、治療中の病気（歯科も含む）はありますか？ → 有・無

- ・ 病名： 内服薬： 病院名：
- ・ 病名： 内服薬： 病院名：

(2) お酒・タバコ・食生活について教えてください。

- ・ お酒：ほとんど飲まない・妊娠中は飲んでいない・飲む（__回／週、__合程）
- ・ タバコ：吸わない・妊娠中は吸っていない・吸う（__本／日）
- ・ 食生活：__回／日 間食の習慣（有・無） 偏食（有・無 内容__）

6. 産後は、どちらで過ごされる予定ですか？（当てはまるものを○で囲む）

- ・ 自 宅
- ・ 自分の実家（連絡先： ）
- ・ 夫 の 実 家（連絡先： ）
- ・ そ の 他（連絡先： ）
- ・ 未 定

7. これからの妊娠生活や出産、子育てで心配なことはありますか？ → 有・無

- ・ 経済面
- ・ 相談相手がいない、または少ない
- ・ 協力者がいない、または少ない
- ・ 夫との関係
- ・ 親戚付き合い
- ・ 上の子の育児
- ・ その他（ ）

8. その他、ご相談したいことがありましたらご自由にお書きください。

--

ご協力、ありがとうございました。