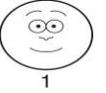


※太枠内をご記入ください

## 妊婦相談票

ふりがな		①初婚 ②再婚 ③未婚 入籍予定 あり( 月頃)・なし 婚姻歴 あり・なし	生年月日	年齢	職業
妊婦氏名			S・H 年 月 日		(産育休取得予定・退職予定)
ふりがな		①初婚 ②再婚 ③未婚 婚姻歴 あり・なし	生年月日	年齢	職業
夫氏名 (パートナー)			S・H 年 月 日		
電話番号	① 妊婦	② 夫(パートナー)	③ 「①②」以外の連絡先 氏名・続柄 ( )		
◆平日の9:00~16:00でつながりやすい時間帯【妊婦】⇒ いつでもよい・その他( )					
現住所	転居予定/ なし・あり(市内・市外)				
出産病院	予約: 未・済	分娩予定日	R 年 月 日	妊娠週数	現在 週
過去の出産	初産・経産 (H・R 年 月 日) (H・R 年 月 日) (H・R 年 月 日)				
妊娠を知った時のお気持ちを記入してください。			妊娠前の 身長 cm ・ 体重 kg		
妊娠中の今のお気持ちで一番当てはまると思う顔の番号に○をつけてください。			つわりの程度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 日常生活にやや支障がある <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある		
 0  1  2  3  4  5					
出産後の滞在先 ・自宅 ・里帰り先(産婦の実家・夫の実家) ・未定	*里帰り予定の方・未定の方は必ずご記入ください 里帰り先 住所: ( ) 様方 電話番号: ( )				
経済状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
※この妊婦相談票を、児童福祉法及び母子保健法等による子育て支援に関する業務に使用することに同意します。					
令和 年 月 日	署名				続柄(本人・ )
1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ(理由 )				
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産 (出産回数 回)				
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	①なし ②あり (流産 回/早産 回/死産 回/中絶 回)				
4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①いいえ ②はい(一般不妊治療・生殖補助医療)				
5 今回の妊娠が分かったときはどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったのがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他(内容 )				
6 里帰りの予定はありますか。	①はい(里帰り先 県 市) ②いいえ				
7 困ったときに助けてくれる人はいますか。	①はい( 人)⇒(誰 ) ②いいえ				
8 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり⇒(ア)妊娠・出産について (イ)経済的なこと (ウ)自分の身体のこと (エ)夫婦(パートナー)関係のこと (オ)家族関係のこと (カ)育児の仕方 (キ)その他( )				
9 現在、あなたはタバコを吸いますか。	①いいえ ②妊娠してやめた ③はい( 本/日)				
10 現在、夫(パートナー)や同居家族は、タバコを吸いますか。	①いいえ ②はい 同室内(それは誰ですか ) 同室外(それは誰ですか )				
11 現在、アルコールを飲みますか。	①いいえ ②はい( 回/週)				
12 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	①なし ②あり⇒病名 心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ 心の病気(うつ病、パニック障害、摂食障害、統合失調、適応障害) ・その他( ) それはいつ頃ですか( 年頃) 現在治療中( はい・いいえ )				
13 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	①いいえ ②はい				
胎児数( )人	交付年月日		母子手帳No.		