

母子手帳番号 ()

受付 年 月 日

多胎・外国語版(語)

	氏名(ふりがな)	生年月日	年齢	職業	婚姻形態
妊婦		年 月 日			・ 既婚 (年 月入籍) ・ 今後入籍予定 (年 月頃) ・ 入籍未定 ・ その他
夫 (パートナー)		年 月 日			
住所	北栄町		自治会		TEL
家族構成				第何子	子
				分娩予定日	年 月 日
				妊娠週数	週(月)
				受診医院	
				分娩予定医院	
				保険証の種類	国保・健本・健扶・共済
※産後の里帰りの予定を考慮しておられる方は、ご記入ください。					
里帰り先住所	[] 様方 Tel [] 時期 []				

妊娠届出時アンケート

妊娠・出産・子育てを応援するため、下記のアンケートにご協力ください。

1	今回の妊娠において、おなかの赤ちゃんやあなたの体調は順調ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ つわり その他()
2	食欲はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	気になる症状はないですか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある (眠れない・いらいらする・わけもなく涙がでる・何もやる気がしない・腰痛・便秘・その他)
4	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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (㊦心臓病 ㊧高血圧 ㊨腎炎 ㊩糖尿病 ㊪肝炎 ㊫喘息 ㊬こころの病気(うつ病など)(病名:) ㊭その他() *それはいつ頃ですか？(年頃)・現在治療中
5	今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師に相談したことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある
6	現在あなたはたばこを吸いますか？アルコールを飲みますか？ ○たばこ <input type="checkbox"/> はい(本) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> はい(時々 回/週・毎日) <input type="checkbox"/> 妊娠したやめた <input type="checkbox"/> 妊娠したやめた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
7	現在 夫(パートナー)や同居家族はタバコを吸いますか <input type="checkbox"/> はい(本/日) ⇒ 誰が() どこで(室内・室外) <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> いいえ



