

妊娠・子育て支援のためのアンケート



①夫（パートナー）について教えてください。

・氏名（ ） ・生年月日：S・H 年 月 日生（ ）歳
 ・住所(妊婦と別の場合のみ)：() ・職業：()

②入籍について教えてください。

既婚 未婚→入籍予定：なし あり（令和 年 月頃入籍予定）入籍後の名字：（ ）

③転居・転出の予定はありますか。

なし あり→(令和 年 月頃) どちらへ：()

④同居されている方はいますか。

いない 夫(パートナー) 子ども()人 実父 実母 義父 義母 その他()

⑤妊婦以外の緊急連絡先を教えてください。

TEL：() (誰)

⑥今回の妊娠について教えてください。

・出産予定病院：() ・分娩予約：済み まだ
 ・単胎(ひとり) 多胎(ふたご以上) 妊娠回数：()回目 今までの出産回数：()回
 ・パートナーと話し合って妊娠した 戸惑っている→理由：()
予想外で驚いたがうれしい

⑦たばこ、飲酒について教えてください。

たばこ：妊婦 吸わない 妊娠してからやめた 吸っている
 同居家族 吸わない 禁煙中 吸っている(同室で 別室で 外で)
 飲酒：妊婦 飲まない 妊娠してからやめた 時々飲む ほとんど毎日飲む

⑧妊娠、出産、育児のことで協力してくれる人はいますか。

いる→(誰) いない
 ご実家はどちらですか？ 妊婦実家：() 夫(パートナー)実家：()

⑨下記の病気にかかったことがありますか。

ない ある→下記の該当項目に☑をつけ、受診状況欄もご記入ください

<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> うつ病(産後うつを含む) <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> その他()
受診状況： <input type="checkbox"/> 受診している <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 受診していない 産科主治医に上記内容を伝えましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

⑩今まで家族や自身のことで、見たり経験したことがあるもの全てに☑をつけてください。

ない 十分なお世話をしてもらえなかった 見た(暴言 暴力 性的暴力)
経験した(暴言 暴力 性的暴力) 話したくない

⑪夫やパートナーからDV(暴力)を受けたことがありますか？

ない どちらとも言えない ある(以前 現在)→下記の該当項目に☑をつけてください

<input type="checkbox"/> 身体的暴力(叩く、蹴るなど) <input type="checkbox"/> 暴言や無視 <input type="checkbox"/> お金を渡さない等経済的暴力 <input type="checkbox"/> 性行為の強要 <input type="checkbox"/> 友人との交流を制限する等行動の監視 <input type="checkbox"/> その他()

⑫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。

特になし ある→下記の該当項目に☑をつけてください

<input type="checkbox"/> 家族の協力が得にくい <input type="checkbox"/> 職場の理解が得にくい <input type="checkbox"/> 家族の病気(誰) <input type="checkbox"/> 経済困窮(健診や出産費用を払えない、生活費に困っている) <input type="checkbox"/> 上の子のこと <input type="checkbox"/> その他()
--

富田林市では安心して出産を迎えていただくため、妊娠届出時に保健センター、市役所子育て応援課の職員が直接お会いしてお話をさせていただいています。このアンケートをもとに支援に必要な情報を共有し、子育て支援業務(妊婦等包括相談支援事業、マタニティ教室案内など)を実施しております。市より、ご本人やご家族の健康面などについて様子をお伺いすることや、妊婦の方を対象とする郵便物を住民票のある住所に送付する予定がありますので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。なお、アンケートの内容は、子育て支援以外の目的には使用しません。私は上記の内容に同意しました。

記名欄	
-----	--

☆ご協力ありがとうございました。

担当者 記入欄	受付者	住基確認	子育て スケジュール	妊婦支援給付金申請	助産説明(必要時)
			<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 説明済	<input type="checkbox"/> 申請受理 <input type="checkbox"/> 返信用封用と共に渡し <input type="checkbox"/> 渡し未(後日面談要) <input type="checkbox"/> 渡し未(心拍確認後、保健センターより郵送)