

—妊婦の方へのアンケート—

尼崎市では、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ます。差し支えない範囲で太枠内をご記入ください。なお、アンケートの内容により、保健師からご連絡する場合があります。



① 現在の体調はいかがですか	よい	悪い (理由: _____)
② 今までに、こころの不調で受診されたことがありますか	いいえ	はい (疾患名: _____) (時期: _____)
③ 健康保険の加入先について	<input type="checkbox"/> 組合健保・協会けんぽ・共済 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 保険に加入していない	
④ 今回の妊娠は	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療にて妊娠(治療期間は約 _____ 年 _____ か月)	
⑤ 今回の妊娠に対する気持ちは	うれしい <input type="radio"/> 予想外だがうれしい <input type="radio"/> 予想外で戸惑いがある <input type="radio"/> 困った <input type="radio"/> 特に何も思わなかった <input type="radio"/> 	
⑥ 妊娠についてパートナーの反応は	喜んでいる ・ 困っている ・ 関心がない ・ 妊娠を知らない	
⑦ 現在の暮らしの経済状況をどう感じていますか	ゆとりがある ・ ふつう ・ やや苦しい ・ 大変苦しい	
⑧ 妊娠中に相談できる人はいますか	いいえ	はい 相談できる人に○を付けてください (パートナー・実母・実父・義母・義父・祖母・祖父・きょうだい・友人・その他 _____)
⑨ 出産にあたり、実家等に帰省する予定はありますか	はい	いつから: どこへ: <input type="checkbox"/> 妊婦の実家 <input type="checkbox"/> パートナーの実家 <input type="checkbox"/> 実家以外(きょうだいの家など) 滞在先の市町村名: _____
	いいえ	<input type="checkbox"/> 自宅にいる家族が手伝ってくれる <input type="checkbox"/> 自宅に手伝いに来てくれる <input type="checkbox"/> おおむね一人で育児をしていく ↳ <input type="checkbox"/> 何とかやっていけそう <input type="checkbox"/> どうなるか不安だ
	未定	
⑩ 自宅で育児するにあたり、手伝ってくれる人はいますか	いいえ	はい 当てはまる人に○を付けてください (パートナー・実母・実父・義母・義父・祖母・祖父・きょうだい・友人・その他 _____)
⑪ 妊娠・出産・育児、家族や生活などについて、心配なことや不安なことはありますか	いいえ	はい <input type="checkbox"/> 妊娠・出産に関すること <input type="checkbox"/> 子育てに関すること <input type="checkbox"/> 自分自身の体調・精神面 <input type="checkbox"/> 仕事と育児の両立 <input type="checkbox"/> 生活費や経済面に関すること <input type="checkbox"/> 夫・パートナーや家族との関係 <input type="checkbox"/> 上のお子さんたちの成長・発達 <input type="checkbox"/> その他 具体的にお書きください [_____]
⑫ 妊娠・出産・育児などについて、保健師に相談したいことはありますか	いいえ	はい <input type="checkbox"/> 妊娠・出産に関すること <input type="checkbox"/> 子育てに関すること <input type="checkbox"/> 自分自身の体調・精神面 <input type="checkbox"/> 仕事と育児の両立 <input type="checkbox"/> 生活費や経済面に関すること <input type="checkbox"/> 夫・パートナーや家族との関係 <input type="checkbox"/> 上のお子さんたちの成長・発達 <input type="checkbox"/> その他 具体的にお書きください [_____]

<同意欄>

尼崎市では、母子ともに健やかに安心して過ごしていただけるように、サポートが必要な方に早期から支援していきます。そのため、記載いただいた内容は、当支援の目的の範囲内において関係機関や医療機関と情報を共有する場合がございます。

(妊婦氏名・生年月日)

(S・H 年 月 日)