

土浦市では、安心して子育てができるように妊娠中からの支援を行っています。今後の子育て支援のためご協力ください。妊婦さんご自身がご記入下さい。

当てはまる箇所に☑してね！
質問票は裏面まで続くよ！



子育て支援質問票（妊婦等包括相談支援事業アンケート）

ふりがな 妊婦名前	①既婚 ②未婚(入籍予定 なし ・ あり 月頃)	生年月日	S・H	年	月	日生(歳)
		電話番号				
夫または子の 父氏名		生年月日	S・H	年	月	日生(歳)
		電話番号				

1. 今回の妊娠についておたずねします	
1) 妊娠されて、今のお気持ちはいかがですか？（複数回答可能）	☐ うれしい ☐ 楽しみ ☐ 予想外で驚いた ☐ 不安 ☐ 困った ☐ その他()
2) 今回の妊娠は不妊治療をされていますか？	☐ なし(自然妊娠) ☐ あり(治療内容:)
3) 現在、妊娠何週目ですか？	妊娠()週 出産予定日: 年 月 日
4) お腹のお子さんは何人いますか？	()人
5) 今回の妊娠で、お子さんは何人目ですか？	今回の妊娠で、()人目
6) 妊娠・出産・育児で不安や心配なことはありますか？	☐ ない ☐ ある [具体的に:]
2. (※妊娠2回目以降の方のみご記入ください) これまでの妊娠・出産についておたずねします	
1) 妊娠の経過は順調でしたか？	☐ はい ☐ いいえ(具体的に:)
2) 妊婦健診は定期的に受けていましたか？	☐ はい ☐ いいえ(具体的に:)
3) 出産は順調でしたか？	☐ はい ☐ いいえ(具体的に:)
3. 現在のあなた自身の健康状態についておたずねします	
1) 今の体調はいかがですか？	☐ よい ☐ よくない(具体的に:)
2) 食事は食べられていますか？	☐ はい ☐ いいえ
3) 夜は眠れていますか？	☐ はい ☐ いいえ
4) 今までにかかった大きな病気や、治療中の病気はありますか？ 「はい」と答えた方。かかった時期、病名、現在の治療状況をお聞かせください。	☐ いいえ ☐ はい → 時期(歳頃)疾患名() 治療状況 ☐ 治療中 ☐ 通院し、経過観察中 ☐ 軽快し、今は通院していない ☐ 治癒
5) あなたは飲酒していますか？	☐ 普段から飲まない ☐ 妊娠を機にやめた(日/週) ☐ 現在も飲んでいる(日/週)
6) あなたは喫煙していますか？	☐ 普段から吸わない ☐ 妊娠を機にやめた(本/日) ☐ 現在も吸っている(本/日)
4. ご家族や今後の状況についておたずねします	
1) 妊娠・出産・育児に協力してくれる方はいますか？ 「いる」と答えた方。それはどなたですか？（複数回答可）	☐ いる ☐ いない ☐ 夫 or パートナー ☐ 実母(居住地:) ☐ 実父(居住地:) ☐ 兄弟姉妹 ☐ 義母(居住地:) ☐ 義父(居住地:) ☐ 親戚 ☐ 友人 ☐ その他()

裏面へ

