

# ～妊婦面談アンケート～

※子育て世代包括支援センターに妊娠届出書を提出したかたはアンケートの1からご記入ください。

フリガナ				電話番号	自宅 ( )
妊婦氏名					携帯 ( )
住所	川口市				
生年月日	年 月 日 ( 歳)	職 業		国籍	※外国籍の方のみ
フリガナ				世帯主氏名	
子の父の氏名					
生年月日	年 月 日 ( 歳)				
出産予定日	年 月 日	妊娠週数	第 週		
妊娠回数	初回 ・ ( ) 回目	出産回数	無 ・ ( ) 回		
出産予定医療機関					

1 川口市にお住まいの期間はどれくらいですか？ 1年未満 1年以上 2～4年程度 5年以上

2 今回の妊娠について伺います。 自然に妊娠した 不妊治療して妊娠した

3 現在のあなた（妊婦さん）の体調はいかがですか？（複数回答可）

- 良好である 疲れやすい よく眠れない イライラする つわりがある  
その他 ( )

4 今回の妊娠がわかったときのお気持ちはいかがでしたか？（複数回答可）

- 嬉しかった 予想外だったが嬉しかった 楽しみ ホッとした びっくりした 不安  
困った 特に何とも思わない その他 ( )

5 今回の妊娠を夫（パートナー）や周囲の人はどう感じていますか？（複数回答可）

- 嬉しかった 予想外だったが嬉しかった 楽しみ びっくりした どう感じたかわからない  
困った 戸惑った その他 ( )

6 今までに下記疾患の治療をしたことはありますか？（複数回答可）

- なし ある ⇒ 高血圧 慢性腎炎 糖尿病 肝炎 心臓病 甲状腺の病気  
その他（病名： )

7 現在、内服している薬はありますか？

- なし ある ⇒（病名又は症状： ) 薬： )

8 今までに精神的なことでカウンセラーや心療内科、精神科などに相談したことがありますか。

- なし ある（いつ頃： ) 相談内容： )

9 現在、タバコは吸いますか？

- 吸わない 妊娠がわかってやめた 吸う ( 本/日)

10 現在、アルコールは飲みますか？

- 飲まない 妊娠がわかってやめた 飲む ( 杯 ml 回/週)

裏面にもあります

11 心配なこと、不安なこと、困っていることはありますか？（複数回答可）

- なし ある ⇒ 妊娠・出産のこと 家族のこと 仕事のこと 経済的なこと  
その他（ ）

12 悩み、困ったことなど相談できる人がいますか？（複数回答可）

- 夫（パートナー） 実父母 義理父母 兄弟姉妹 友人 その他（ ） 相談できる人がいない

13 産後、育児や家事を手伝ってくれる人はいますか？（複数回答可）

- 夫（パートナー） 実父母 義理父母 兄弟姉妹 友人 その他（ ）  
お願いできる人はいない

14 現在、不安や疑問に思っていることがあればご記入ください。

15 母子健康手帳はどちらでいつ受け取っていますか。

発行場所 \_\_\_\_\_ 月 日

記入者氏名 \_\_\_\_\_

※赤ちゃんが生まれたら、母子健康手帳の別冊にあります**出生連絡票**を投函してください。

保健師・助産師等が家庭訪問をさせていただきます。赤ちゃんの計測だけでなく育児や健康等の相談も行っています。

<個人情報の取り扱いについて>

当センターは、「個人情報保護に関する法律」「川口市個人情報保護条例」に基づき、受診者の皆様の個人情報に関する取り扱いについて以下のとおりといたします。取得した個人情報は、原則として健康管理の目的以外には使用いたしません。また、市民の健康保持や増進を目的に、結果をデータ化した上で、集計・分析、報告をしております。以上の利用目的につきまして、不明な点がある場合には、川口市保健所地域保健センターへお問い合わせください。

保健師記入欄

【職員確認欄】

①	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳を交付時の必須事項(上記★の項目)の確認		
②	<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方の本人確認 確認書類を <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> その他(保険証・ ) <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 委任状添付
③	<input type="checkbox"/> 妊婦の住基確認	④ <input type="checkbox"/> 個人番号確認	⑤ 外国語版 [英語・その他 ]
⑥	処理部署 <input type="checkbox"/> 地保セ <input type="checkbox"/> 鳩ヶ谷分室 <input type="checkbox"/> 中央ST <input type="checkbox"/> 青木ST <input type="checkbox"/> 南平ST <input type="checkbox"/> 芝ST <input type="checkbox"/> 神根ST <input type="checkbox"/> 戸塚ST <input type="checkbox"/> 新郷ST	対応者名	
		交付日	年 月 日
⑦	<input type="checkbox"/> 応援金(ピンク)の紙渡した <input type="checkbox"/> 渡さなかった(理由: <input type="checkbox"/> 転入前の市町村で申請済 <input type="checkbox"/> 妊婦以外の来所のため) <input type="checkbox"/> R4年12月末までに前の市町村で母子手帳発行 <input type="checkbox"/> その他( )	面談者	
		面談日	年 月 日
⑧	<input type="checkbox"/> WEB予約後来所 <input type="checkbox"/> 電話連絡後来所 <input type="checkbox"/> 予約なし来所		