

# ※妊婦アンケート※

ご妊娠おめでとうございます 来所者( 本人 ・ 夫 ・ 兄弟姉妹 ・ 実母 ・ 義母 ・ 代理者( ) )

1 妊娠前と比べて健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 何とも言えない(※) <input type="checkbox"/> 悪い(※) (※)に☑の場合 ( つわり ・ その他 )
2 妊娠が分かった時の気持ち * 複数回答可	<input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 不安になった <input type="checkbox"/> その他( )
3 妊娠・出産のことで、相談できる人や協力してくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(夫(パートナー)・父母・義父母・きょうだい・友人・その他( ) )
4 現在「困っている」「悩んでいる」「不安」なことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 妊娠・出産のこと <input type="checkbox"/> 自分の健康のこと <input type="checkbox"/> 育児のこと <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> その他( ) )
5 現在 あなたはタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい( 本/日)
6 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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( 本/日) <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた 誰が( )どこで(室内・室外( ))
7 同居の家族はどなたですか	<input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 子( 人) <input type="checkbox"/> 自分の親 <input type="checkbox"/> 夫の親 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> その他( )
8 現在 あなたはアルコールを飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(時々 回/週・毎日) <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた
9 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"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> こころの病気(うつ病など)(病名: ) <input type="checkbox"/> その他( ) *それはいつ頃ですか?( 年頃)・現在治療中 )
10 この1年間に2週間以上続く気になる症状はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」「その他( )」)
11 子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
12 その他、妊娠・出産・育児について心配なことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )

※出産・子育てへの支援や、お住まいの市町や三重県の母子保健の推進を目的にこの情報について統計的な処理を行い、公表することがありますが、その場合個人が特定されることはありません。

※妊娠届出書、アンケートをもとに、お住まいの市町から連絡させていただくことがありますので、ご了承ください。

