

No.47209-20

・ 県内からの転入： 年 月より (No.47 -)

面接日：202 年 月 日 (妊娠週数 週 日) (第 子)

産婦人科初診日： 年 月 日 ・ 分娩予定日： 年 月 日

出産予定場所： _____ 里帰り予定：なし ・ あり (里帰り先： _____)

実家 (市町村等)	妊婦本人 ()	夫またはパートナー ()
しめい 氏名		
生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	S・H 年 月 日 (歳)
電話番号	連絡の付きやすい時間帯 ()	
住所	名護市	
職業	(勤務 年目)	(勤務 年目)
	(常勤・アルバイト・自営業・学生・主婦・その他) ※復帰予定(産休 月頃)・退職予定(月頃)	(常勤・アルバイト・自営業・学生・無職・その他)
保険	国保・社保・共済・生保・その他 () ↳ 年金係へ案内() 本人・扶養	国保・社保・共済・生保・その他 () 本人・扶養
運転免許証	①あ る(自家用車：ある・なし) ②な し	①あ る(自家用車：ある・なし) ②な し
婚姻状況	妊 婦： 初婚 ・ 再婚	①入籍した時期： 年 月 ②結婚予定(時期： 年 月頃)
	パ ー ト ナ ー： 初婚 ・ 再婚	③結婚の予定はない ④検討中・その他()
引越し予定	①なし ②あり(時期： 月頃)(県内：市町村名 _____ ・ 県外・国外) ③検討中	

身長・非妊娠時の体重	身長	cm	BMI	妊娠中の望ましい体重増加の目安： ~ kg
※BMI計算はこちらでします。	体重	Kg		
1 あなた(妊婦)自身の出生歴	週数	週	出生体重： g	
2 最近1年間、朝食は食べていましたか？ その時は主食・主菜・副菜を揃えていましたか？	①はい ②いいえ ①毎日 ②週に4~5回 ③週に2~3回 ④週1回か無し			
3 ダイエットの経験はありますか？	①なし ②あり (最も痩せた時の体重 kg)			
4 血のつながりのある方(親・きょうだい)で、次の病気の既往のある方がいれば、()に続柄を記入してください。	①なし ②あり：高血圧()・糖尿病()・心臓病() 妊娠高血圧症候群()・その他()			
5 年に1度は健康診断を受けてましたか？	①はい(職場健診・住民健診・その他) ②いいえ			
6 既往歴はありますか？ *通院している(していた)医療機関名	①なし ②あり(貧血・心臓病・高血圧・糖尿病・腎臓病・甲状腺疾患 子宮/卵巣の病気・うつ病・躁うつ病・統合失調症・不安障害・ パニック障害・発達障がい・その他() 治療中(歳頃~) 手帳の有無(身体 ・ 精神 ・ 療育)			
7 ここ1年に「眠れない」「イライラする」「何もやる気がしない」「涙もろい」等の症状が2週間以上続いたことがありますか？	①はい ②いいえ			

※裏面へ

8 流産・早産等を経験したことがありますか？	①なし ②あり（流産 回・早産 回・死産 回 中絶 回 ・ 1歳未満の乳児死亡 回）
9 現在の体調はいかがですか？	① 良い ② 良くない：つわり、お腹の張り、出血、むくみ、睡眠不足 疲労感、腰痛、乳房の張りや痛み、その他（ ）
10 今回の妊娠について	①予定して授かった ②予定外で授かった ③治療して授かった
11 今回の妊娠が分かった時、どんな気持ちでしたか？	①嬉しかった ②予定外だったが嬉しかった ③困った・戸惑った ④育てる自信が無い ⑤不安が大きい ⑥何とも思わない
12 家族構成（同居者）について教えてください。	同居人数：妊婦含めて（ ）人 本人・夫（パートナー） 子ども 人（ 歳 歳 歳 歳） その他 人
13 家族やパートナーの反応はいかがですか？	①喜んでいる ②困っている ③協力的 ④非協力的
14 困った時に助けてくれる人（妊娠中や産後に育児・家事を手伝ってくれる）はいますか？	①いる（夫（パートナー）・実父母・きょうだい・義父母・友人・ その他（ ）） ②いない
15 心配なことや困っていることはありますか？（複数回答）	①なし ②あり（妊娠・出産のこと、経済的なこと、仕事、体調 夫婦関係、家族関係のこと、子育て、その他）
16 経済状況について現在の暮らしを総合的にみてどう感じますか？	①大変ゆとりがある ②ややゆとりがある ③ふつう ④やや苦しい ⑤大変苦しい
17 世帯収入（年収）について	①126万円未満（月収 10万円未満） ②126～240万円未満（月収 10～20万円未満） ③240万円以上（月収 20万円以上） ④分からない
18 あなた（妊婦）は現在、タバコを吸っていますか？	妊娠前：なし・あり（1日 本： 歳から吸っていた） 妊娠中：なし・あり（1日 本： 歳から吸っている）
※→18で妊娠中ありの方はご回答ください。 19 禁煙することに関心がありますか？	①関心なし ②関心があるが3ヶ月以内に禁煙しようとは考えてはいない ③関心があるが1ヶ月以内に禁煙しようと考えていない ④1ヶ月以内に禁煙しようと考えている ※過去に禁煙したことがありますか？ ①はい ②いいえ
20 夫（パートナー）は現在、たばこを吸っていますか？	①吸っていない ②吸っている →夫（パートナー）に禁煙して欲しいと思いますか？ ①はい ②いいえ ③どちらでもない
21 現在、お酒を飲みますか？	妊娠前：なし・あり（ 回/週：1回量 ml） 妊娠中：なし・あり（ 回/週：1回量 ml）
<p>・この問診票から妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を支援するため、市町村と医療機関等で情報共有を図り、保健師や医療機関等から連絡・訪問をさせていただく場合があります。ご了承ください。プライバシーの保護には十分留意します。</p> <p>・お住まいの市町村や沖縄県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや沖縄県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する事があります。</p>	
申請者氏名 （妊婦との続柄： ）	

※初産婦さん以外の方は、上の子の妊娠中についてもご記入ください。

上のお子さんの妊娠中の経過についておたずねします。

		第1子	第2子	第3子	第4子
子	名 前				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	産院・病院名				
	出生週数	週	週	週	週
	出生体重	g 正常分娩・帝王切開	g 正常分娩・帝王切開	g 正常分娩・帝王切開	g 正常分娩・帝王切開
母	母の年齢	歳	歳	歳	歳
	妊娠中の体重増加	kg	kg	kg	kg
	妊娠高血圧	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	尿蛋白	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	妊娠糖尿病	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	尿糖	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	貧血	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	羊水過多症	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	常位胎盤早期剥離	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	切迫早産	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
ひどいつわり	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
治療中の病気・障がいの有無 (状況・気になること)					
学校・保育園名					

ご記入ありがとうございました。

相談・指導内容 (丸付けする)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 定期健診のすすめ | <input type="checkbox"/> 喫煙保健指導→ 説明 ・ 配布 ・ パートナー喫煙 |
| <input type="checkbox"/> 注意したい症状について | <input type="checkbox"/> やせ保健指導→ 説明 ・ 配布(誰に) |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中の歯の健康と歯科受診のすすめ | <input type="checkbox"/> 栄養指導 (栄養士) ※BMI18.5 未満の方 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中の体重増加について | <input type="checkbox"/> マタニティプラン (作成・配布) <input type="checkbox"/> プレママパパ配布 |

家族構成必須、その他自由記載 (生活リズムなど)

面談に要した時間
分



妊娠届出・母子健康手帳交付について



名護市では、安心して子育てができるよう妊娠期から切れ目のない支援を実施しております。その一環として、妊娠届出・母子健康手帳交付日に産前産後に使える制度やサービスの説明などを行っています。妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康や生活、子育て支援について妊娠中から応援したいと考えていますので、問診票への記入をお願いいたします。(記入は約10分要します。)

*以下を読んでいただき、ご理解いただければ口にチェックをいれてください(5箇所)。

つわりなどで体調が優れない方や急ぎの方は、郵送での提出・後日面接も調整できますのでご相談ください。

情報提供したくない部分については記載しなくても構いませんが、面接にて理由などをお尋ねさせていただく場合があります。

保健師や看護師、助産師等との個別面談が約30分程あります。時間に余裕をもってお越しください。

(問診票の使用について)

妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援に際し、必要と判断される場合には市から関係機関(医療機関など)に対して情報を提供する場合があります。

妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援に際し、保健師や医療機関等から連絡・訪問させていただく場合があります。

市町村や沖縄県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや沖縄県に情報提供することがありますが、その場合に個人が特定されることはありません。また、統計的な処理の結果は公表することがあります。

