

| | | | |
|---------------|---------------|---|--|
| 届出人確認方法 | | 1つ <input type="checkbox"/> 運転免 <input type="checkbox"/> パスポ <input type="checkbox"/> 住基カ <input type="checkbox"/> 個人カ <input type="checkbox"/> 在留カ <input type="checkbox"/> 他 | |
| | | 2つ <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手 <input type="checkbox"/> 児童扶 <input type="checkbox"/> 特児扶 <input type="checkbox"/> 精通受 <input type="checkbox"/> 障・療・精手帳 <input type="checkbox"/> 他 | |
| 番号確認方法 | | <input type="checkbox"/> 個人カ <input type="checkbox"/> 通知カ <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民証 <input type="checkbox"/> 住基台 | |
| 交付前確認事項 | | <input type="checkbox"/> 妊婦住基 <input type="checkbox"/> 委任欄への入力(代理人の場合) | 交付担当者 |
| 来庁者 | | <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 父(パートナー) <input type="checkbox"/> その他() | |
| 家庭訪問 不同意理由 | 民生委員・ 児童委員 | <input type="checkbox"/> 今すぐ決められない <input type="checkbox"/> 訪問してほしくない <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 第2子以降のため必要なし <input type="checkbox"/> 代理人のため決められない |
| | 助産師 | <input type="checkbox"/> 今すぐ決められない <input type="checkbox"/> 訪問してほしくない <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 第2子以降のため必要なし <input type="checkbox"/> 代理人のため決められない |

メモ欄

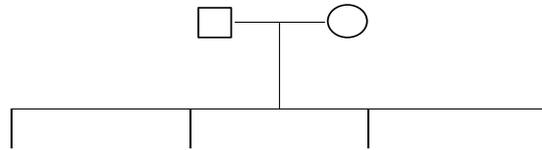
妊娠の届出をされた方への質問票

| 1 現在の体調はいかがですか | <input type="checkbox"/> 気になることはない <input type="checkbox"/> つわりがある <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 切迫流・早産 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|------|------|------|------|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 2 現在、アルコールを飲みますか | <input type="checkbox"/> はい () ml/日 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 現在、タバコを吸いますか | <input type="checkbox"/> はい () 本/日) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 同居家族はタバコを吸いますか | <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 子の父 () 本/日 <input type="checkbox"/> 他同居家族 () 本/日) <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 現在、治療中の病気はありますか | <input type="checkbox"/> はい(以下のうち該当する病気に☑してください) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 心の病気(うつ病など) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 今までにかかったことがある病気(現在、治療はしていないもの)はありますか | <input type="checkbox"/> はい(以下のうち該当する病気に☑してください) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 心の病気(うつ病など) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 今回の妊娠がわかったときは、どんなお気持ちでしたか | お気持ち | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">妊婦</th> <th style="width: 20%;">子の父</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. うれしかった</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. 予想外だったが、うれしかった</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. 予想外だったので、戸惑った</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. 困った</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. 何とも思わなかった</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | 妊婦 | 子の父 | 1. うれしかった | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. 予想外だったが、うれしかった | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 予想外だったので、戸惑った | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. 困った | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. 何とも思わなかった | <input type="checkbox"/> |
| | 妊婦 | 子の父 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. うれしかった | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 予想外だったが、うれしかった | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 予想外だったので、戸惑った | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 困った | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. 何とも思わなかった | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 ご家族について(現在、同居中の方の続柄をお選びください) | <input type="checkbox"/> 子の父 <input type="checkbox"/> 子ども()人) <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 子の父の父 <input type="checkbox"/> 子の父の母 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 上のお子さんについて教えてください | 生年月日 | 性別 | 妊娠経過 | 分娩経過 | 在胎週数 | 児の状況 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 出生体重 | 出生時の状況 | 現在の状況 | | | | | | | | | | | | |
| | 第1子 | | | | 週 | g | | | | | | | | | | | | | | |
| | 第2子 | | | | 週 | g | | | | | | | | | | | | | | |
| | 第3子 | | | | 週 | g | | | | | | | | | | | | | | |
| | 第4子 | | | | 週 | g | | | | | | | | | | | | | | |
| 第5子 | | | | 週 | g | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 出産予定の医療機関はどちらですか | <input type="checkbox"/> 現在の医療機関と同じ <input type="checkbox"/> 現在とは別の医療機関(病院名()) <input type="checkbox"/> 未定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 ご実家はどちらですか | 妊婦の実家()子の父の実家() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 里帰りをする予定はありますか | <input type="checkbox"/> はい(具体的な予定が決まっている場合は以下にご記入ください) (・ どこに <input type="checkbox"/> 妊婦の実家 <input type="checkbox"/> 子の父の実家 <input type="checkbox"/> その他) (・ いつ頃まで 産後 () か月頃まで) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 産後、日中の育児や家事などの支援をしてくれる人がいますか | <input type="checkbox"/> はい(該当する方を☑してください) <input type="checkbox"/> 子の父 <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 子の父の父母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 続いて以下にお答えください (産後の有料サービス(ヘルパーの派遣)などを利用したいと思いませんか。 <input type="checkbox"/> 利用したい <input type="checkbox"/> 産後に考えたい <input type="checkbox"/> 希望はない) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」等がありますか | <input type="checkbox"/> ある(以下のうち該当する項目に☑してください) <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 妊娠中の身体のこと <input type="checkbox"/> 家事や仕事のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 子の父との関係について <input type="checkbox"/> 相談者や協力者が見つけれない <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 14で「その他」を選択した場合、その内容をご記入ください(100字以内) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ この質問票の内容は保健センター内で個人情報として適正に取り扱い、ご記入いただいた秘密は守ります。

メモ欄

| 上のお子さんについて教えてください | 生年月日 | 性別 | 妊娠経過 | 分娩経過 | 在胎週数 | 児の状況 | | |
|-------------------|------|----|------|------|------|------|--------|-------|
| | | | | | | 出生体重 | 出生時の状況 | 現在の状況 |
| | | | | | | g | | |
| 第6子 | | | | | 週 | g | | |
| 第7子 | | | | | 週 | g | | |
| 第8子 | | | | | 週 | g | | |
| 第9子 | | | | | 週 | g | | |
| 第10子 | | | | | 週 | g | | |
| 第11子 | | | | | 週 | g | | |
| 第12子 | | | | | 週 | g | | |
| 第13子 | | | | | 週 | g | | |
| 第14子 | | | | | 週 | g | | |
| 第15子 | | | | | 週 | g | | |



(. .) (. .) (. .) (. .)

妊婦との続柄

出産後の家庭訪問について(妊娠届出時点:妊娠 週) 回答者 ()

| | 同意 | 不同意理由 |
|-----------|---|-------|
| 民生委員・児童委員 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 助産師 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |

指導事項・面談内容

面談実施者