

♥ 妊娠・出産・子育てを応援しています ♥

夕張市では、安心して子育てができるように妊娠中や出産後の支援を行っております。  
今後の支援の参考にするため、以下の項目についてご記入をお願いします。



妊婦	氏名	実家		市 町 村	里帰り 予定	無・有・未定	
	健康保険	国保・社保・共済・生活保護・その他 ( )				里帰り先： いつ頃から：	
夫 （ パート ナー）	フリガナ	生年月日		実家	職 業		
	氏名	年 月 日 ( 歳)		市 町 村			
婚姻状況		既婚・未婚・入籍予定 ( 年 月頃)		転出予定	無・有	時期： 場所：	月頃
同居の 家族 ( 上記 以外)	氏 名		生 年 月 日		続 柄		
			年 月 日 ( 歳)				
			年 月 日 ( 歳)				
			年 月 日 ( 歳)				
			年 月 日 ( 歳)				
			年 月 日 ( 歳)				
			年 月 日 ( 歳)				
妊婦以外の連絡先		電話番号：		続柄：夫(パートナー)・その他：			
◆今回の妊娠以前に妊娠・出産の経験はありますか							
妊娠 : ①ない ②ある ( 1回・2回・3回… 回)							
出産 : ①ない ②ある ( 1回・2回・3回… 回)							
妊娠・出産の経験がある方のみご記入ください							
流産・早産・死産の経験 ①ない ②ある ( 流産・早産・死産 )							
妊娠中に血圧が高かったことがある ①ない ②ある							
妊娠中に血糖値が高かったことがある ①ない ②ある							
妊婦健診で尿たんぱくが出た経験 ①ない ②ある							
未熟児や体重2,500g未満児の出産 ①ない ②ある							
前回妊娠時の体重増加 ①7kg以下 ②7~12kg ③12kg以上							
◆身長・体重							
現在の身長 ( cm)		体重 ( kg)		非妊娠時の体重 ( kg)			
【*市記入欄 BMI: 】							
◆今までかかったことのある病気はありますか							
①ない ②ある →下記からあてはまるものを選んでください (あてはまるもの全て)							
・糖尿病 ・高血圧 ・貧血 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・甲状腺の病気							
・うつなどの精神科の病気[ ]							
・その他の病気[ ]							
◆実父母、きょうだいに次の病気の方はいますか							
・糖尿病 ( 父・母・きょうだい・祖父母 )		・高血圧 ( 父・母・きょうだい・祖父母 )					
・心臓病 ( 父・母・きょうだい・祖父母 )		・脳卒中 ( 父・母・きょうだい・祖父母 )					
・腎臓病 ( 父・母・きょうだい・祖父母 )		・なし					

ウラ面に続きます

<b>◆現在の体調はいかがですか</b>	
①よい ②よくない →下記からあてはまるものを選んでください（あてはまるもの全て） ・つわり ・体重減少 ・むくみ ・気分の不調 ・眠れない ・その他〔 〕	
<b>◆妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか</b>	
①うれしかった ②予想外で驚いたがうれしかった ③予想外で驚きとまどった ④困った ⑤特に何とも思わなかった ⑥その他〔 〕	
<b>◆妊娠を知った時の夫（パートナー）の反応はいかがでしたか</b>	
①うれしそうだった ②驚いた ③とまどっていた ④困っていた ⑤変わりなかった ⑥わからない ⑦その他〔 〕	
<b>◆妊娠・出産のことで不安や心配はありますか</b>	
①ない ②ある →下記からあてはまるものを選んでください（あてはまるもの全て） ・おなかの赤ちゃんの発育が心配 ・精神的につらい、不安定になっている ・パートナーと意見が食い違い不安 ・上の子とのかかわり方の戸惑いや不安 ・その他〔 〕 ・自分の体調が悪い ・出産費用、育児費用が心配 ・子どもの親になる自信がなく不安 ・産後の手伝いがなく不安	
<b>◆あなたが悩んだ時に相談できる人はいますか</b>	
①ない ②ある →下記からあてはまるものを選んでください（あてはまるもの全て） ・夫（パートナー） ・友人 ・自分の父母やきょうだい ・夫（パートナー）の父母やきょうだい ・近所の人 ・その他〔 〕 ・誰もいない	
<b>◆タバコを吸いますか</b>	
①吸わない ②妊娠を機にやめた ③妊娠して本数を減らした（1日 本から 本） ④妊娠前と変わらず吸う（1日 本）	
<b>◆同居している方はタバコを吸いますか</b>	
①吸わない ②妊娠を機にやめた ③配慮して吸っている ④以前と変わらず吸っている	
<b>◆お酒は飲みますか</b>	
①飲まない ②妊娠を機にやめた ③妊娠して量を減らして飲んでいる（週に 回 ml/回） ④妊娠前と同じく飲む（週に 回 ml/回）	

ご記入ありがとうございました

【市記入欄】

面接日	年 月 日	妊婦・夫（パートナー）・他（ ）	実施者
妊婦支援給付金	<input type="checkbox"/> 面接時申請済 <input type="checkbox"/> 後日申請予定 <input type="checkbox"/> 他自治体で申請・給付済 <input type="checkbox"/> 申請希望なし		
備考			