

妊婦さんアンケート

令和 年 月 日

裏面もあります



1. 妊娠について教えてください。

はじめて ・ 2回目以降

2. 実家のある場所はどこですか。

あなた () 夫・パートナー ()

3. 過去または現在、なったことがあるものに☑をしてください。

⇒ なし

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 出生体重 2,500g 未満で生まれた |
| <input type="checkbox"/> 子宮の疾患（子宮筋腫、子宮がん等） | <input type="checkbox"/> 多のう胞性卵巢症候群 |
| <input type="checkbox"/> 抗リン氏脂質抗体症候群 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 |
| <input type="checkbox"/> 全身エリテマトーデス（SLE） | <input type="checkbox"/> その他 () |

4. 妊娠・出産経験がある方で、なったことがあるものに☑をしてください。 ⇒ なし

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 出産時の年齢 35 歳以上 | <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 |
| <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 | <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 低体重児の出産（2,500g 未満） | <input type="checkbox"/> 巨大児の出産（4,000g 以上） |
| <input type="checkbox"/> 多胎 | <input type="checkbox"/> その他 () |

5. 血縁関係の方で、下記の病気の方はいますか。

⇒ なし

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (親 ・ きょうだい) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (親 ・ きょうだい) |
| <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 (親 ・ 姉妹) | |

6. たばこについてお聞きします。あてはまるものに☑をしてください。

(1) あなたはタバコを吸う習慣はありますか。

- いいえ
- やめた ⇒ やめた時期はいつですか : 妊娠前 妊娠を機に
- はい ⇒ 1日 () 本
- 妊娠中はタバコをやめる 妊娠中はタバコをやめない

(2) あなたの夫・パートナーはタバコを吸う習慣はありますか。

- いいえ
- はい ⇒ 1日 () 本
- 妊娠中はタバコをやめる 妊娠中はタバコをやめない

7. アルコールについてお聞きします。あてはまるものに☑をしてください。

(1) 妊娠前にアルコールを飲む習慣はありましたか。

いいえ

はい ⇒ (量)、() / 日 ・ 月

(2) あなたの夫・パートナーはアルコールを飲む習慣はありますか。

いいえ

はい ⇒ (量)、() / 日 ・ 月

8. 今までアレルギーがあると言われたことはありますか。

(あなた) ない ・ ある ⇒ (種類)

(夫・パートナー) ない ・ ある ⇒ (種類)

9. 妊娠がわかった時の気持ちはいかがでしたか。

嬉しかった 予想外だったが嬉しかった

予想外で戸惑った 困った 何とも思わない

その他 ()

10. 現在、または今後について心配なことはありますか。

いいえ

はい ⇒ 妊娠や出産について 育児について 体調 仕事

経済的なこと 夫婦 (パートナー) 関係 家族関係

その他 ()

11. 困ったときに協力してもらえる人はいますか。

いない

いる ⇒ 夫・パートナー 父母 義父母

きょうだい 友人

その他 ()

12. 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされることがありますか。

いいえ

はい

13. 過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされることがありますか。

いいえ

はい

14. 悩みごと等をカウンセラー・精神科医に相談したことはありますか。

はい (相談機関名:)

いいえ

ご協力ありがとうございました。