

# 妊娠・出産支援のためのアンケート

妊娠おめでとうございます。愛川町では、妊娠・出産・子育ての様々なご相談や支援を行っています。安心して子育てに臨めるよう妊娠中から応援していきたいと考えていますので、下記のアンケートに妊婦さんご自身がお答えください。後日、保健師や助産師が電話をさせていただく場合がございます。あらかじめご承知おきください。

1 妊娠・ 出産	(1) 今回の妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか ※あてはまるものすべてに☑	<input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが嬉しかった <input type="checkbox"/> 嬉しい、嬉しくないどちらとも言えない <input type="checkbox"/> 不安、困った <input type="checkbox"/> 予定外・望んでいない妊娠だった <input type="checkbox"/> 特に何も思わなかった
	(2) 今回の妊娠について	<input type="checkbox"/> 自然に妊娠した <input type="checkbox"/> 治療して妊娠した⇒治療期間：( )年( )か月 不妊治療助成を(受けた・受けない)
	(3) 出産への気持ちはいかがですか ※あてはまるものすべてに☑ ※ <u>選んだ理由</u> や <u>具体的な内容(楽しみなこと・心配なこと)</u> もご記入ください	<input type="checkbox"/> 楽しみ <input type="checkbox"/> 心配はあるが楽しみ <input type="checkbox"/> 心配で仕方がない <input type="checkbox"/> 楽しみに思っていない <input type="checkbox"/> 何も考えていない <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;"><b>理由、具体的な内容</b></p> </div>
2 体調・ 生活	(1) 今回妊娠中の経過について	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり⇒( )
	(2) 現在の体調について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ⇒つわりがある〔軽症・飲水も困難・体重減少がある〕 ・疲れやすい ・眠れない ・イライラする ・出血 ・頭痛 ・切迫流産・その他( )
	(3) あなたはタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠が分かってからやめた <input type="checkbox"/> はい⇒ 一日( )本、吸い始めた年齢( )歳 ※近々やめるつもり・やめるつもりはない
	(4) 同居家族で、同室でタバコを吸う方はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ 誰ですか( )、一日( )本 ※妊婦への配慮(あり・なし)
	(5) あなたはお酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠が分かってからやめた <input type="checkbox"/> はい⇒ 一日あたりの飲酒量( )、頻度(毎日・時々) ※近々やめるつもり・やめるつもりはない

裏面へ続きます

2 体調・生活	(6) 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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒高血圧・糖尿病・心臓病 腎臓病・肝炎・甲状腺疾患 うつ病・適応障害・その他の精神疾患 ( ) 婦人科疾患・その他の慢性疾患 ( ) ⇒いつ頃ですか ( ) 歳頃 ・ 現在治療中 ・ 中断中
	(7) この1年間に2週間以上続く「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」ということがありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	(8) 今まで心理的・精神的な面で精神科や心療内科を受診したり、カウンセリングなどを受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒内容：( ) ⇒いつ頃ですか ( ) 歳頃・現在受診(利用)中
	(9) 現在お仕事をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 常勤 ・ パート ・ アルバイト ⇒退職予定・産休育休を利用し仕事を続ける予定
3 家庭のこと	(1) 家族構成について	妊婦本人を含む同居家族 ( ) 人 ※該当者に○ ・ 夫 (パートナー) ・ 子ども ( ) 人 ・ 妊婦の実父 実母 ・ 夫 (パートナー) の父 母 ・ その他 ( )
	(2) 里帰り出産の予定はありますか	<input type="checkbox"/> はい ⇒妊婦との続柄 ( )、愛川町内・町外 <input type="checkbox"/> いいえ⇒産前産後に家事や育児を手伝ってくれる人は <input type="checkbox"/> はい、います。 妊婦との続柄 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ、手伝ってくれる人はいない。
	(3) あなた自身の子どもの頃についてお聞かせください。 あなたと実父母との関係について ※あてはまるものすべてに☑	<input type="checkbox"/> 実父母から育てられた <input type="checkbox"/> 実父母は優しくかった <input type="checkbox"/> 実父母はこわかった <input type="checkbox"/> 実父母によく叩かれた <input type="checkbox"/> 実父母は仕事が忙しく一緒に遊ぶことは少なかった <input type="checkbox"/> 実父母と離れて暮らしていたことがある
4 困った時に相談する人	(1) 夫 (パートナー) には何でも打ち明けることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) がいない ※未婚・別家庭あり・失踪
	(2) 妊婦の実母には何でも打ち明けることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 実母がいない
	(3) 夫 (パートナー) や実母の他に相談できる人はいますか ※あてはまるものすべてに○	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒実父・自分のきょうだい・義父母・義きょうだい 友人・近所の人・かかりつけ医・保育園や幼稚園 子育て支援センターの職員・町保健師・インターネット その他 ( )
	(4) マタニティーセミナーを受講する予定はありますか	<input type="checkbox"/> はい [ 町 ・ 産院や病院 ・ その他 ] <input type="checkbox"/> いいえ

