

# 妊娠サポート票

来所者：

同伴者：

妊娠おめでとうございます。

つくばみらい市では安心して子育てができるように妊娠中から応援したいと考えています。妊娠サポート票はお母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます。

当てはまるものすべてに○をつけ、ご記入をお願いします。ご記入いただいた内容は個人情報として取り扱いますので、ご安心ください。

フリガナ		生年月日	昭・平	年	月	日	( 歳)
母親氏名							
家族構成	夫・パートナー・第1子( 歳)・第2子( 歳)・第3子( 歳)・第4子( 歳) 実父・実母・義父・義母・その他( )						

## ■ 1. 婚姻の有無について

既婚	・	未婚	(入籍予定 あり 月頃	・	なし	/	転出予定	なし	・	あり	月頃)
夫 (パートナー)	フリガナ		住所 (住民票のある所)								
	氏名						職業				
生年月日	昭・平	年	月	日	( 歳)						

## ■ 2. 過去の妊娠・出産について (該当する方のみご記入ください)

(1) 過去の妊娠経過はいかがでしたか

正常 ・ 妊娠高血圧症候群 ・ 糖尿病 ・ 貧血 ・ 流産( )回 ・ 死産( )回 ・ その他( )

(2) 過去の分娩経過はいかがでしたか

正常 ・ 早産 ・ 前早期破水 ・ 骨盤位 ・ 帝王切開 ・ その他( )

## ■ 3. 今回の妊娠・出産について

1) 今回の妊娠がわかった時の気持ちで一番近かったのはどれですか

とてもうれしい ・ 予想外で驚いたがうれしかった ・ 予想外で戸惑った ・ 困った ・ 何とも思わない  
その他( )

2) 現在の妊娠経過は順調ですか

はい ・ いいえ (理由: )

3) 妊娠してからの喫煙・飲酒について

\*タバコ: 吸わない ・ 吸う( 本/日)

\*お酒: 飲まない ・ 飲む( cc/日)

4) 里帰りされますか

いいえ ・ はい (県内・県外 / 妊娠 週頃から ・ 出産後)

## ■ 4. 今までに病気で治療したことがありますか

なし ・ あり (病名: ) いつからですか? 年~

経過 (治療終了: 年 月・治療中断: 年 月・治療中(内服 あり・なし))

## ■ 5. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題でカウンセラーや精神科医、または心療内科医などに相談したことがありますか

なし ・ あり (病名: ) いつからですか? 年~

経過 (治療終了: 年 月・治療中断: 年 月・治療中(内服 あり・なし))

## ■ 6. 現在、心配なことがありますか

なし

あり 妊娠や出産に関すること・自分の健康〈身体面・精神面〉のこと・上の子の育児に関すること  
家族の健康のこと・夫(パートナー)との関係・経済的なこと・その他( )

## ■ 7. 妊娠中や産後に相談や協力してくれる人はいますか

なし

あり [夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・友人・その他( )]

## ■ 8. 妊婦さん向けのご案内があった場合、記入していただいた住所に通知を郵送してもよろしいですか

可 ・ 不可 (理由 )

## ■ 9. 市では赤ちゃんが生まれた全ご家庭を訪問しております。訪問のご連絡をくれなく行うために、お母さんと直接連絡がとれる電話番号をご記入ください。

電話番号: (本人)

代理人電話番号: \_\_\_\_\_

(夫・パートナー)

## ■ 10. 妊娠中の経過により、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康と切れ目ない支援のため、記入していただいた情報を医療機関や助産所および子育て支援室・健康増進課等と情報を共有させていただく場合がございます。ご理解いただき、同意及びご署名をお願いします。

同意します

・ 同意しません

ご署名(妊婦)

以上になります。ご協力ありがとうございました。

つくばみらい市おやこ・まるまるサポートセンター 連絡先: 0297-44-8822