

# 妊娠届時アンケート

支援室名：

妊娠おめでとうございます。妊娠届時アンケートは健やかに妊娠・出産・子育てができるよう具体的なサポートについて一緒に考えるためのものです。妊娠8か月頃に行う面談においても活用しますので、大切に保管してください。

## ■ 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：場所 \_\_\_\_\_)

妊婦	フリガナ	
	氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	
職業		
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( )	

夫 (パートナー)	フリガナ	
	氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	
職業		
住所 (住民票のあるところ)	※妊婦と住所が異なる場合はご記入ください。	

## ■ 2. これまでの妊娠・出産について

	出産年月	性別	妊娠・分娩の異常	分娩様式	児の状況	※継続的フォローが必要な疾患があればご記入ください
1	年 月	男・女	無・有 (流産・早産・死産・妊娠高血圧症・妊娠糖尿病・その他)	経腔・手術	健 ・ 否 ( )	
2	年 月	男・女	無・有 (流産・早産・死産・妊娠高血圧症・妊娠糖尿病・その他)	経腔・手術	健 ・ 否 ( )	
3	年 月	男・女	無・有 (流産・早産・死産・妊娠高血圧症・妊娠糖尿病・その他)	経腔・手術	健 ・ 否 ( )	
4	年 月	男・女	無・有 (流産・早産・死産・妊娠高血圧症・妊娠糖尿病・その他)	経腔・手術	健 ・ 否 ( )	

1) 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたのからだについて、またはお産の時に医師から何か問題があるといわれていますか。

いいえ ・ はい (内容：)

## ■ 3. 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： \_\_\_\_\_ ) 何歳頃ですか？： \_\_\_\_\_ 歳頃～  
病気の経過【治療終了： \_\_\_\_\_ 歳頃 ・ 治療中断： \_\_\_\_\_ 歳頃 ・ 治療中 (内服 あり ・ なし)】

## ■ 4. 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はありますか

なし ・ あり (病名： \_\_\_\_\_ ) 何歳頃ですか？ \_\_\_\_\_ 歳頃～  
病気の経過【治療終了： \_\_\_\_\_ 歳頃 ・ 治療中断： \_\_\_\_\_ 歳頃 ・ 治療中 受診病院： \_\_\_\_\_ (内服 あり ・ なし)】

## ■ 5. 妊婦さん向けのご案内があった場合、通知を郵送してもよろしいですか

可 ・ 不可 (理由： \_\_\_\_\_ )

## ■ 6. 市では妊娠期から出産・子育て期まで、全ての妊婦・子育て家庭に寄り添い、子育ての支援をしています。ご連絡を行うために、連絡がとれる電話番号を教えてください。

(本人) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 連絡のつきやすい日中の時間帯 \_\_\_\_\_ 時頃

(夫・パートナー) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(代理人) 氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

【市職員欄 備考】  
 保育担当への相談  
 (市民窓口課・健康増進課・社会福祉課) への相談

# つくばみらい市 すくすくサポートプラン（子育てサポートプラン）

様 担当ママ・パパかかりつけコーディネーターは \_\_\_\_\_ です。

★子育て応援アプリ  登録済み  自宅

母子手帳交付時（妊娠 \_\_\_\_\_ 週） 出産予定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

妊娠おめでとうございます。すくすくサポートプランは健やかに妊娠・出産・子育てができるよう具体的なサポートについて一緒に考えるためのものです。妊娠8か月頃に行う面談においても活用しますので、大切に保管してください。

病院について	妊婦健診受診医療機関名： _____ 出産（予定）医療機関名： _____
里帰り出産はどうしよう？	<input type="checkbox"/> 今のところしない <input type="checkbox"/> 悩んでいる <input type="checkbox"/> 里帰りする _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 ※里帰り時期： _____ 月頃（ _____ 週）より産後 _____ か月まで
お仕事の産休と育休	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【産休（ _____ 年 _____ 月 _____ 日～） 育休（ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで取得予定）
妊娠した気持ち・楽しみなこと・うれしいこと・どのような妊娠生活を送りたい等ありますか？	妊娠は（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・なんとも思わない・その他）
何か心配なことはありますか？	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・仕事のこと・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（出産費用・生活費等）・その他（ _____ ）
相談・協力ができる人	一緒に育児をしてくれる人は誰ですか（例）パパ（パートナー）・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・友達…など 1 番目 _____ 2 番目 _____ 3 番目 _____

妊娠初期（妊娠0週～15週） 妊娠中期（妊娠16週～19週）		妊娠後期（妊娠28週～40週）	出産～産後1か月
準備・やるべきこと	★出産医療機関等を決める <input type="checkbox"/> 決めた <input type="checkbox"/> 検討中 ★里帰り先の医療機関等に出産の予約をする <input type="checkbox"/> 予約をした <input type="checkbox"/> 検討中 ★県外で出産する場合には「妊婦・産婦・乳児健康診査受診票、新生児聴覚検査県外使用申請書」を提出する <input type="checkbox"/> 提出した <input type="checkbox"/> これから申請する ★妊婦健診を受ける <input type="checkbox"/> 説明を受けた ★出産予定日を職場に伝える（休業の手続きと調整をする） <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> まだ伝えていない ★禁煙・禁酒 お酒：飲まない ・ 飲む（ _____ cc/日） タバコ：吸わない ・ 吸う（ _____ 本/日） 同居者に喫煙者はいますか？：はい・いいえ	★妊婦健診を受ける <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> これから受ける ★ベビー用品の準備をする <input type="checkbox"/> 準備できた <input type="checkbox"/> これから準備する ★緊急連絡先や産後の過ごし方について <input type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> これから相談する ★地域の子育て支援室等を見学しておく <input type="checkbox"/> 見学した・知っている <input type="checkbox"/> 検討中 ★入院時の必要物品の準備 <input type="checkbox"/> 準備できた <input type="checkbox"/> これから準備する ★禁煙・禁酒	★新生児聴覚検査を受ける <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 希望せず ★出生届の提出（母子健康手帳持参） <input type="checkbox"/> 出した ★小児マル福の申請（医療費の助成） <input type="checkbox"/> 出した ★児童手当の申請（公務員の方はご自身の職場で申請ください） <input type="checkbox"/> 申請した ★産後2週間健診を受ける <input type="checkbox"/> 受けた ★産後1か月健診をママ・赤ちゃんそれぞれ受ける <input type="checkbox"/> 受けた ★赤ちゃんのかかりつけ医を決める <input type="checkbox"/> 決めた（病院： _____） ★育児休業 パパ（パートナー）の育児休業の取得見込はありますか？ はい（ _____ 年 _____ 月～ _____ 月） いいえ ・ 未定 ★禁煙・禁酒
	★妊産婦タクシー利用料一部助成事業 <input type="checkbox"/> 説明を受けた ★コミュニティバスの申請 <input type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請済 ★デマンドタクシーの申請 <input type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請済 ★キッズクラブカード <input type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請済 ★妊婦教室（ハローベビー）への参加 <input type="checkbox"/> 説明を受けた ★妊婦マル福の申請 <input type="checkbox"/> 説明を受けた <input type="checkbox"/> 申請済み ★妊娠・出産応援として市で金芽米をプレゼントします。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 発送時期は10月末頃・3月末頃となります。また発送時に市内在住の方に限ります。 ★出産応援ギフトの申請 妊娠届時アンケートを記入し申請書提出にて「出産応援ギフト」5万円相当が受け取れます <input type="checkbox"/> 申請した <input type="checkbox"/> 書類不足 <input type="checkbox"/> 後日来所 <input type="checkbox"/> 後日郵送	★妊娠7か月頃にお手紙をお送りします 妊娠期間アンケートは子育て応援ギフトに関わりますのでご協力ください ★いばらき身障者用駐車場利用証制度 ・母子手帳交付された方で妊娠7か月～産後6か月まで利用できます <input type="checkbox"/> 説明を受けた <input type="checkbox"/> 申請済 ★妊娠8か月の面談を受ける ・みなさんとのつながりを大切にしたいので全員の方との面談を実施します <input type="checkbox"/> 面談をした ★妊婦教室（ハローベビー）への参加 <input type="checkbox"/> 予約済 <input type="checkbox"/> 参加済 <input type="checkbox"/> 検討中	★産後2週間電話を受ける <input type="checkbox"/> 受けた ★新生児訪問を受ける（産後1ヵ月前後） <input type="checkbox"/> 受けた ★子育て応援ギフトの申請 <input type="checkbox"/> 申請した 新生児訪問時に受け取った「申請書」と「アンケート」を返送後「子育て応援ギフト」5万円相当が支給されます（振り込まれるまでにお時間がかかります） ★はッピーベビーを受ける（産後2～3ヵ月頃） <input type="checkbox"/> 訪問日程の調整をした ママ・パパかかりつけコーディネーターとお話をします。子育て支援サービスの情報をきくことができます。また、プレゼントをお渡しします。 ★産後ケア事業 <input type="checkbox"/> 説明を受けた <input type="checkbox"/> 申請済 ★妊産婦・乳児タクシー利用料一部助成事業（お子さんが満1歳になるまでご利用いただけます） <input type="checkbox"/> 申請した ★ファミリーサポートセンター <input type="checkbox"/> 案内を受けた
_____ 年 _____ 月 _____ 日説明を聞き理解しました。 氏名 _____ /対応職員（ _____ ）	_____ 年 _____ 月 _____ 日説明を聞き理解しました。 氏名 _____ /対応職員（ _____ ）	_____ 年 _____ 月 _____ 日説明を聞き理解しました。 氏名 _____ /対応職員（ _____ ）	