

質 問 票

次のものをお持ち又は利用中ですか	特定医療費（小慢/指定難病）助成 ・ 生活保護 ・ 児童扶養手当（ひとり親家庭の支援） 精神障害者保健福祉手帳（ 級） ・ 身体障害者手帳（ 級） ・ 療育手帳			
妊娠に気づいたのはいつ頃/初診はいつですか	月 日 / 月 日			
妊娠がわかったとき、どのような気持ちになりましたか	嬉しい	困っている	とまどっている	何も感じない
今回の妊娠は予定した妊娠でしたか	はい いいえ			
妊娠のために治療をしましたか	はい（治療期間： 年）			
（ホルモン療法・タイミング法・人工授精・他 ）	いいえ はい			
からだの状態は安定していますか	はい いいえ どちらともいえない			
→いいえ・どちらともいえないとお答えの方 つわりが辛い ・ 疲れやすい ・ 倦怠感 ・ 他（ ）				
通院中の病気はありますか	はい いいえ			
→はいとお答えの方 （病名： ）（通院頻度： ） （内服薬： ）				
こころの状態は安定していますか	はい いいえ どちらともいえない			
→いいえ・どちらともいえないとお答えの方 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 ・ 気分が晴れない 他（ ）				
今まで心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科に相談したことがありますか	いいえ はい			
→はいとお答えの方 （時期： ）（内容： ）				
妊娠がわかってからもタバコを吸っていますか	いいえ はい			
パートナーはタバコを吸っていますか	いいえ はい			
妊娠がわかってからもお酒を飲むことがありますか	いいえ はい			
生活の場（居住地）は決まっていますか	はい いいえ			
妊娠したことで、職場や学校等との問題はありますか	ない ある			
保険証はありますか	はい いいえ わからない			
虐待やパートナーから暴言、暴力を受けた事がありますか	いいえ はい どちらともいえない			
子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか	はい いいえ			
パートナーには何でも打ち明けること（相談）ができますか	はい いいえ			
お母さんには何でも打ち明けること（相談）ができますか	はい いいえ 実母がいない			
パートナーやお母さんの他にも相談できる人がいますか	はい(実父・義父・義母・友人・兄弟姉妹・他) いいえ			
妊娠・分娩・産後の生活をするのに支援者、協力者はいますか	はい(実父・実母・義父・義母・友人・兄弟姉妹・他) いいえ			
妊娠中に各種案内を妊婦の携帯電話にSMSで通知します。 希望するものに○をつけてください。	マタニティクラス・ママパパ歯科健診			
妊娠後期アンケートを妊婦の携帯電話にSMSで通知します。 通知してよいか。	はい いいえ ※SMSでの通知を希望しない方は電話や手紙での回答をお願いいたします。			
妊娠中や出産後に困ったり、不安になりそうなことはありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 育児について <input type="checkbox"/> 経済面について <input type="checkbox"/> 夫（パートナー）、家族関係について <input type="checkbox"/> 子どもが無戸籍になる可能性がある <input type="checkbox"/> その他相談事ごと（ ） ※離婚後、別の男性と再婚しないまま300日以内に出産した場合や婚姻中に他のパートナーとの子を出産した場合、 （前）夫の子どもとして戸籍が作られることとなります。それを避けるために出生届を提出しなければ、無戸籍となります。				