

## 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 （ホルモン療法・タイミング法・人工授精・他                      ）	いいえ                      はい（治療期間： 年）			
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 つわりがつらい ・ 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			
パートナー等、周りに吸う人がいますか	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			
初産の方→マタニティ教室の案内は妊婦の携帯電話番号にSMSが届きます。通知してよいか	はい                      いいえ			
プレママ歯科検診の案内ハガキを送付してよいか	はい                      いいえ ※住民登録地外への送付を希望する場合お申し出ください			
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"/> その他相談事ごとく（                      ）				