



1 1. 今までにかかったことのある病気はありますか	・高血圧・腎臓病・糖尿病・甲状腺疾患・精神疾患 ・婦人科系疾患・その他( ) 内服薬：あり( )・なし	・なし
1 2. 現在治療中の病気はありますか	・高血圧・腎臓病・糖尿病・甲状腺疾患・精神疾患 ・婦人科系疾患・その他( ) 内服薬：あり( )・なし	・なし
1 3. 今までにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことはありますか	・精神科 ・心療内科 ・カウンセラー 歳の頃 症状： 服薬治療：有・無	・なし
1 4. 妊娠、出産、育児について相談できる人、協力してくれる人がいますか	1. 夫(パートナー) 2. 自分の両親 ( 都道 市町 ) ( 府県 村 ) 3. 夫(パートナー)の両親 ( 都道 市町 ) ( 府県 村 ) 4. 兄弟・姉妹 5. 友人 6. 親戚 7. いない	
1 5. タバコを吸いますか	1、はい ( 1日 本 年 )	2、いいえ ・もともと吸わない ・妊娠がわかってやめた
1 6. 同居の方はタバコを吸いますか	1、はい ・夫(パートナー) ・他( )	2、いいえ
1 7. お酒を飲みますか	1、はい ・毎日飲む ・時々飲む	2、いいえ ・もともと飲まない ・妊娠がわかってやめた
1 8. 配偶者やパートナーからDVを受けたことがありますか。	1、なし 2、はい(現在・以前) たたく・蹴る・生活費の制限・身内や友人との交流制限 暴言・無視・物を投げる・性行為の強要・他( )	
1 9. 妊娠期間中に転出する予定はありますか	1、予定がある ( 都道 市町 ) ( 府県 村 ) ( 年 月予定 )	2、予定なし
2 0. 里帰り出産をする予定はありますか	1、予定がある ( 都道 市町 ) ( 府県 村 ) ( 年 月まで予定 )	2、予定なし
2 1. 現在、困っていることや不安なことなどはありますか(いくつでも)	1、なし 2、あり ・妊娠、出産について ・育児に対する協力が得られない ・経済面の不安 ・親族との付き合い方 ・夫婦の関係について ・暴力、暴言 ・夫、きょうだい、同居者の病気や障害 ・その他( )	

※後日、健康増進センターの保健師・助産師がお電話をさせていただきます。ご了承ください。  
健康増進センター・子ども支援課が質問の内容を新生児訪問や乳幼児健診など妊娠・出産・子育てをサポートするために活用することに同意します。

署名 \_\_\_\_\_

続柄(代理人の場合のみ)： 夫 ・ 家族( )