

新宮町では妊産婦訪問・赤ちゃん訪問や乳幼児健診、予防接種、子育て支援事業などを通して、赤ちゃんとお子さんを育ててをされる保護者の方のサポートを行っています。お手数ですが、太枠内のアンケート記入にご協力ください。

※生まれてくるお子さんからみでの続柄で、同居者に○をつけてください。

※印は職員が記入します。

同居○	続柄	氏名	生年月日	年齢	所属(職業・学校・幼稚園・保育園)
	父		年 月 日	歳	
	母 (妊婦)		年 月 日	歳	
	兄・姉		年 月 日	歳	出生週数 週・出生体重 g
	兄・姉		年 月 日	歳	出生週数 週・出生体重 g
	兄・姉		年 月 日	歳	出生週数 週・出生体重 g
	父方祖父	健・否	居住地( 町・市・県)	※ 糖尿病・高血圧 腎臓病	①同居人数:( )人  ※未婚の方へ 入籍の予定がありますか。 (いいえ・はい・予定あり・未定)
	祖母	健・否	居住地( 町・市・県)	※ 糖尿病・高血圧 腎臓病	
	母方祖父	健・否	居住地( 町・市・県)	※ 糖尿病・高血圧 腎臓病	
	祖母	健・否	居住地( 町・市・県)	※ 糖尿病・高血圧 腎臓病	
今回の妊娠について	②妊娠回数( )回目 ③出産回数( )回目 ④現在の経過は順調ですか。 はい・いいえ ( )				
今までの妊娠・出産状況	⑤今までの妊娠に異常がありましたか。 いいえ・はい (妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・切迫流産・貧血・その他 )				
	⑥流産や死産、出生後1年以内にお子さんを亡くされたことがありますか。 いいえ・はい ( )				
今までの健康状況	⑦今までに大きな病気や治療をしたことがありますか。 いいえ・はい (糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧・その他( ) )				
	⑧今までに精神的なことでカウンセラーや専門医師に相談したことがありますか。 いいえ・はい ( )いつ頃( )				
生活習慣	⑨喫煙習慣 吸わない・やめた・吸う( 本/日)				
	⑩飲酒習慣 飲まない・やめた・飲む(内容 )				
	⑪薬の服用 なし・あり( )				
	⑫朝食を食べる習慣はありますか はい・いいえ				
	⑬生活リズムについて 起床時間( : ) 就寝時間( : )				
生活環境	⑭妊娠前体格 身長( )cm・体重( )kg ※ BMI ( )				
	⑮新宮町に住んで、どれくらいになりますか。 約( 年 ヶ月)				
	⑯妊娠中に転出・転居の予定がありますか。 いいえ・はい( 月頃)				
	⑰今のお住まいや環境に不満がありますか。 いいえ・はい				
	⑱生活が苦しかったり経済的な不安がありますか。 いいえ・はい				
	⑲家事や育児を協力してくれる人はいますか。 いいえ・はい (夫(パートナー含)・母・夫の母・兄弟姉妹・友人・その他 )				
	⑳困ったときに相談する人はいますか。 いいえ・はい (夫(パートナー含)・母・夫の母・兄弟姉妹・友人・その他 )				
その他	今回、妊娠が分かったときの一番近い気持ちを教えてください。 <input type="checkbox"/> とても嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 特に何も思わなかった				
	今回の妊娠で不安や心配なことがありましたら、ご記入ください。				

※ 町では母子保健法等に基づき、赤ちゃんが産まれたお宅(全員)に訪問し、助産師や保健師が赤ちゃんの体重測定や発達の確認、授乳や産後の体調の確認、予防接種や町の母子事業の紹介等を行っています。このアンケートの内容はサポート以外の目的で使用することはありません。

【職員記入欄】 ※ 血圧測定( )※平均血圧=拡張期血圧+{(収縮期血圧-拡張期血圧)÷3}( )

