

をいたします。

⇒裏面のアンケートを御記入ください。

発行区分	市内 ・ 転入 ・ 産後発行 ・ 市外			受付者	
健康からて 入力	済 ・ 未	請求書交付 (県外受診者用)	済 ・ 未	担当 記入欄	該当 / 学区・地区

草津市では、安心して妊娠・出産・育児が行えるよう、保健師や助産師が親子（母子）健康手帳をお渡しし、妊娠期から子育て期に渡り、切れ目ない支援を実施しています。

子育て相談センターの窓口で、以下のアンケートを基に体調面や生活面など様々なご相談をお伺いしています。
(可能な範囲でご記入ください)

妊娠した気持ちを表す顔は下記のどれですか。

☐1



☐2



☐3



☐4



☐5



今回の妊娠をパートナーは喜んでくれましたか。
☐はい ☐わからない ☐いいえ

今回の妊娠は不妊治療を受けましたか。
☐いいえ ☐はい

不育症の治療を受けたことはありますか。
☐いいえ ☐はい

今までと現在の病気・内服している薬について
(例：高血圧、慢性腎炎、糖尿病、肝炎、心臓病、
甲状腺の病気、自己免疫疾患、こころの病気など)
●【過去】
☐なし ☐あり ()
→薬名 ()
●【現在】
☐なし ☐あり ()
→薬名 ()

以前の妊娠について ☐経過良好
☐妊娠高血圧 ☐貧血 ☐切迫流産・早産
☐妊娠糖尿病 ☐その他 ()

今回の妊娠について
☐経過良好 ☐つわりがある ☐出血がある
☐その他 ()

この1年間に2週間以上続く気になる症状はありますか。
☐いいえ ☐はい(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)

現在お持ちの手帳はありますか。
☐なし
☐あり→療育手帳・身体障害者手帳・精神保健福祉手帳

妊娠前の体重と身長について
体重： () k g BMI ()
身長： () c m
=体重kg÷身長m÷身長m

お酒を飲みますか。
☐いいえ
☐やめた →やめた時期：☐今回の妊娠 ・ ☐以前の妊娠 ・ ☐その他 ()
☐はい →週に()回・()合/回

たばこは吸いますか。
☐いいえ ☐やめた(やめる前は、1日 本 ・ 時々) ☐はい
(→やめた時期：☐今回の妊娠 ☐以前の妊娠 ☐その他) (→妊娠前 (1日 本 ・ 時々)
(→やめた理由：☐妊娠 ☐その他 () (→現在 (1日 本 ・ 時々)

同居している人でたばこを吸う人はいますか。
・妊娠前 ☐なし ☐あり(☐パートナー ・ ☐その他)
・現在 ☐なし ☐あり(☐パートナー ・ ☐その他)

困った時に、相談したり助けてくれる人はいますか。 (「いる」の方は○で囲んでください)
☐いる→(夫(パートナー)・実母・実父・兄弟姉妹・義母・義父)
☐いない(その他：)

産後の協力者はいますか。(○で囲んでください)
☐いる→(夫(パートナー)・実母・実父・兄弟姉妹・義母・義父)
☐いない(その他：)

里帰り予定：☐あり ☐なし ☐未定
↳(☐産前 ☐産後) から
里帰り先：() 都道府県() 市・町

夫(パートナー)について { 家事・育児に(☐とても協力的 ・ ☐協力的 ・ ☐あまり協力的でない)
□別居(☐単身赴任 ☐入籍後同居予定 ☐その他)
□夫(パートナー)との関係に悩んでいる

妊娠や出産などに関して心配やお困り事がありますか。
☐あり→(体調について・産後の育児について・家族やパートナーからの暴力・経済的な不安・たばこや飲酒について)
☐なし (その他)

※1 市長が、今後、より良いサービスの提供の為に関係支援機関（医療機関等）に、私の情報を提供することに同意します。
☐（同意の場合はチェック☑）

※2 (医療機関名:)が、今後の妊娠・出産・育児の支援のために、
この情報について取得することに同意します。☐（同意の場合はチェック☑）

※3 こちらにご記入いただいた内容について、保健師・助産師や、家庭児童相談室等から連絡させていただくことがあります。

※4 個人情報の取扱いにつきましては、草津市個人情報保護条例等の規定に基づき、適切に個人情報を保護します。