

★ 妊 娠 届 出 時 間 診 票

お子様やすこやかに生まれるためのお手伝いをさせていただくために、次のことにお答えください。(太枠内を記入してください)

届出日 年 月 日 NO. 地区()

現在利用している病院(医院)		1. 都留市立病院 2. 富士吉田市立病院 3. 山梨赤十字病院 4. その他()			
出産を予定している病院(医院)		1. 都留市立病院 2. 富士吉田市立病院 3. 山梨赤十字病院 4. その他 県内() 県外()			
家族	妊 婦 の 職 業	1. 無 2. 常勤 3. 自営業 4. パート 5. 内職			
	夫(パートナー)の職業	1. 無 2. 常勤 3. 自営業 4. パート 5. 内職			
妊 娠 出 産 歴	初めての妊娠ですか? 1. はい 2. いいえ(回目)				
	①	年 月 日	男・女	正常・異常有(貧血・妊娠高血圧・帝切・早産・低体重・流産・死産・中絶)	
	②	年 月 日	男・女	正常・異常有(貧血・妊娠高血圧・帝切・早産・低体重・流産・死産・中絶)	
	③	年 月 日	男・女	正常・異常有(貧血・妊娠高血圧・帝切・早産・低体重・流産・死産・中絶)	
	④	年 月 日	男・女	正常・異常有(貧血・妊娠高血圧・帝切・早産・低体重・流産・死産・中絶)	
不妊症でしたか? 1. いいえ 2. はい(治療期間 年)					
か ー ら だ の 様 子	身長 cm 体重(妊娠直前) kg 現在の体重 kg				* BMI
	歯の様子はどうですか? 1. 虫歯なし 2. 虫歯あり(治療中・治療中断・未治療) 3. 不明				
	体の具合はいかがですか? 1. 良好 2. 具合が悪い(1. つわり 2. その他)				
	これまでかかった病気または、現在治療中の病気はありますか? 1. なし 2. あり(治療中・治療済・未治療) 1. 高血圧 2. 心疾患 3. 糖尿病 4. 腎疾患 5. 甲状腺疾患 6. 肺疾患 7. 出血性素因 8. 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 9. 切迫流産 10. 貧血 11. うつ病 12. 心身症・その他心の病気 13. その他()				
	ご家族(実父母・ご兄弟)の中に高血圧などご病気の方はいますか? 1. いない 2. いる(続柄 病名) 夫(パートナー)の体調はいかがですか? 1. 良好 2. 不良()				
こ こ ろ の 様 子	今回妊娠がわかった時のあなたの気持ちはどうでしたか? 1. うれしかった 2. どちらかというとうれしかった 3. うれしさと困った気持ちが半々 4. どちらかという困った 5. その他()				
	今回妊娠がわかった時の夫(パートナー)の気持ちはどうでしたか? 1. 喜んでいて 2. どちらかという喜んでいて 3. 喜びと困った気持ちが半々 4. どちらかという困っていた 5. その他()				
	気分が沈んだり、涙もろくなったり、何もやる気になれないといったことがありますか? 1. いいえ 2. 何ともいえない 3. はい (気分が沈みがち ・イライラする ・涙もろくなった ・その他())				
	妊娠・出産について身近な相談相手はいますか? 1. いる(夫 ・親 ・きょうだい ・友人) 2. いない				
	何か心配なことがありますか? 1. いいえ 2. はい (経済的 ・家族 ・病気 ・心 ・育児 ・その他())				
活 動 休 息	職場でのサポートは得られそうですか? 1. はい 2. いいえ 3. わからない				
	家事の協力者はいますか? 1. はい(誰) 2. いいえ				
	睡眠時間 就寝時間(時頃) 起床時間(時頃)				
	里帰り 1. なし 2. あり(産前 週頃・産後 カ月) 里帰り先(市内・市外()・県外 県)				
嗜 好 品	育児協力者はいますか? 1. はい(誰) 2. いいえ				
	タバコは吸いますか? 1. もともと吸わない 2. 以前は吸っていたがやめた(本/日、喫煙年数 年間、やめた時期 年 カ月前) 3. 妊娠してから本数を減らした(本/日、喫煙年数 年間) 4. 以前と変わらない(本/日、喫煙年数 年間)				* 喫煙指数 * 2
	夫(パートナー)や家族でタバコを吸う人はいますか? 1. はい(誰) 2. いいえ その方は同室でタバコを吸いますか? 1. はい 2. いいえ				
	お酒は飲みますか? 1. いいえ 2. 以前は飲んでいたがやめた 3. 妊娠してから量を減らし飲んでいる(回/週) 4. 以前と変わらない(回/週)				* 3
	食事は誰が作りますか? 1. 自分 2. 他(誰)				
食 事	一日の中でいつ、食べていますか? 朝食 昼食 夕食 夜食 その他()				
	間食はしますか? 1. はい(1日 回) 2. いいえ				
	外食はしますか? 1. はい(月 回) 2. いいえ				
	サプリメントを飲んでいますか? 1. はい(種類) 2. いいえ				
	過去に極端なダイエットの経験はありますか? 1. はい 2. いいえ				
市で開催のマタニティクラス(妊婦教室)に参加希望がありますか? 1. はい 2. いいえ					

