

妊娠中の方へのアンケート

(ふりがな)

お名前： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 (年齢 _____ 歳)

妊娠・出産についての相談や情報提供を行うために、以下の質問にご協力をお願いします。
(あてはまるものに☑をつけてください。)

1. 現在の妊娠週数	妊娠 () 週 単胎・多胎 () 人
2. 今回の妊娠の確定手段は何ですか。	<input type="checkbox"/> ①妊娠検査薬にて陽性反応を確認 <input type="checkbox"/> ②病院受診にて確認 (初診年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) (受診した医療機関： _____)
3. 分娩予定施設は決まっていますか。	<input type="checkbox"/> はい (分娩予定施設： _____) <input type="checkbox"/> いいえ
4. 困った時に助けてくれる人はいますか？	<input type="checkbox"/> ①いる <input type="checkbox"/> ②いない <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 (県内・県外) <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 義父母 (県内・県外) <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 () </div>
5. 今回の妊娠がわかった時はどんなお気持ちでしたか？	<input type="checkbox"/> ①うれしかった <input type="checkbox"/> ②予想外だったがうれしかった <input type="checkbox"/> ③予想外だったので戸惑った <input type="checkbox"/> ④困った <input type="checkbox"/> ⑤なんとも思わない <input type="checkbox"/> ⑥その他 (内容： _____)
6. 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などがありますか？	<input type="checkbox"/> ①ある <input type="checkbox"/> ②いいえ <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 就労 (お仕事) について <input type="checkbox"/> 自分の身体のこと <input type="checkbox"/> 夫婦 (パートナー) 関係のこと <input type="checkbox"/> 家族関係のこと <input type="checkbox"/> 育児の仕方 <input type="checkbox"/> その他 () </div>
7. 保健師等の面談を希望しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> (電話番号： _____)

【那覇市記入欄】

確認済