

## 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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ②いない</span> <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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ②いいえ</span> <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 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> いいえ</span> <div style="margin-left: 20px;"> <input checked="" type="checkbox"/> (電話番号： )                 </div>

【那覇市記入欄】

確認済