

妊娠期アンケートの実施について

(記載日: 年 月 日)

(ふりがな) ご自身の お名前 生年月日	() 年 月 日生 (年齢 歳)	住所	札幌市 区 TEL - (携帯 - -)
-------------------------------	--------------------------	----	------------------------------

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。)

<p>○現在の妊娠週数 妊娠 () 週</p> <p>○現在妊娠している赤ちゃんの人数 <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人以上</p> <p>○出産の経験はありますか <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 出産経験あり</p> <p>○妊娠健康診査を定期的に受診していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 受診している <input type="checkbox"/> 入院中で外来受診はしていない <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>※医療機関（診療所）名： ()</p> <p>○出産予定の施設はどちらですか</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の受診先医療機関で分娩予定 <input type="checkbox"/> 現在の受診先と違う医療機関で分娩予定</p> <p><input type="checkbox"/> 分娩予定施設が決まっていない</p> <p>※分娩予定施設が変更になる場合の医療機関名： ()</p> <p>○出産後、相談にのってくれたり、家事や育児のサポートをしてくれる人としてどんな方が思い浮かびますか？（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誰もいない</p> <p>○出産に向けて、今のご自身のお気持ちはいかがですか？</p> <p>()</p> <p>○保健師や保健センターに相談したいことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>→ありの場合 <input type="checkbox"/> ご自身の健康 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんや上のお子さん <input type="checkbox"/> ご家族</p> <p><input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 住まい・生活環境等</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
--