

# 妊娠期アンケートの実施について

申請書が送付された時点で、流産や死産、人工妊娠中絶をされた方については、下記に☑していただき、お名前と住所・電話番号のみの記載により提出可能です。

上記理由により、アンケートは記載せず、提出します。

(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。)

- 現在の妊娠週数 妊娠 ( ) 週
- 現在妊娠している赤ちゃんの人数  1人  2人以上
- 出産の経験はありますか  初めて  出産経験あり
- 妊娠健康診査を定期的に受診していますか？  
 受診している  入院中で外来受診はしていない  いいえ  
※医療機関(診療所)名: ( )
- 出産予定の施設はどちらですか  
 現在の受診先医療機関で分娩予定  現在の受診先と違う医療機関で分娩予定  
 分娩予定施設が決まっていない  
※分娩予定施設が変更になる場合の医療機関名: ( )
- 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)  
 配偶者  親  友人  親類  その他 ( )  誰もいない
- 出産に向けて、今のご自身のお気持ちはいかがですか？  
( )
- 保健師や保健センターに相談したいことはありますか？  
 なし  あり  
→ありの場合  ご自身の健康  赤ちゃんや上のお子さん  ご家族  
 仕事  保育園  経済面  住まい・生活環境等  
 その他 ( )