

*沖縄市では、妊娠中より健康に過ごしていただくために、保健師等による健康相談を行っています。ついては、次のことについてお教え下さい。(ご家族の方が記入される場合はわかる範囲でご記入ください)

1 現在の体調はいかがですか。	①よい ②よくない：つわり・お腹の張り・出血・むくみ・睡眠不足・疲労感・腰痛・乳房の張りや痛み・その他()
2 これまでにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産(出産回数 回)
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	①なし ②あり(流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回 生後1歳未満の死亡 回)
4 これまでの妊娠・出産について。	①特に問題なし ②つわりがひどい ③多胎(双子など) ④貧血 ⑤妊娠糖尿病 ⑥赤ちゃんの体重2500g未満 ⑦赤ちゃんの体重が4000g以上 ⑧妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) ⑨マタニティブルー、気分の落ち込み、イライラ ⑩その他()
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他(内容:)
6 産前又は産後、里帰りの予定がありますか。	①はい(県内:市町村名 . 県外) ②いいえ
7 あなたの家族構成について	()人 内訳(本人、夫、子ども()人 その他()人)
8 困った時に助けてくれる人はいますか。	①いる→ 夫(パートナー)・実母・姉・妹・姑 友人・その他() ②いない
9 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。	①なし ②あり⇒⑦妊娠・出産について ⑧経済的なこと ⑨就労(お仕事)について ⑩自分の身体のこと ⑪夫婦(パートナー)関係のこと ⑫家族関係のこと ⑬育児の仕方 ⑭その他()
10 経済的状況について教えてください。	①現在の暮らしを総合的にみて、どう感じていますか。 ア 大変ゆとりがある イ ややゆとりがある ウ ふつう エ やや苦しい オ 大変苦しい ②世帯収入(年収)について ア 126万円未満(月収約10万円未満) イ 126~240万円未満(月収約10~20万円未満) ウ 240万円以上(月収20万円以上) エ わからない

<p>11 あなた（妊婦）は現在、タバコを吸っていますか。（○は1つ）。</p>	<p>①吸ったことがない ②妊娠前に禁煙した ③妊娠がわかってから禁煙した ④喫煙している（1日の本数 本） →②③④と回答した方へ、何歳から吸いましたか？（ ）歳</p>
<p>12 （現在喫煙中の方へ）あなたは禁煙することにどのくらいの関心がありますか。（○は1つ）</p>	<p>①関心がない ②関心があるが今後3か月以内に禁煙しようとは考えていない ③関心があるがこの1か月以内に禁煙する考えはない ④この1か月以内に禁煙しようと考えている ※過去に禁煙したことがある ㊦はい ㊧いいえ</p>
<p>13 同居人又はパートナーは現在、タバコを吸っていますか。</p>	<p>①吸っていない ②吸っている →同居者又はパートナーに禁煙して欲しいと思っていますか？ ①はい ②いいえ ③どちらでもない</p>
<p>14 あなた（妊婦）は現在、お酒を飲みますか。</p>	<p>①飲んだことがない（ほとんど飲まない） ②妊娠前にやめた ③妊娠がわかってからやめた ④お酒を飲んでいる（ 回/週） →お酒を飲んでいる方へ、 1回の飲酒で何をどれくらい飲みますか？ →（ ）</p>
<p>15 これまでにかった病気や現在治療中の病気はありますか。 *妊娠以外の通院や内服の有無</p>	<p>①なし ②あり⇒心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・うつ病・躁うつ病・統合失調症・不安障害・パニック障害・発達障害・その他（ ） ※それはいつ頃ですか：（ 歳頃）・現在治療中 ※手帳の有無（ 身体 ・ 精神 ・ 療育 ）</p>
<p>16 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。</p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>17 妊娠前の身長 体重 BMI *BMI：体重(kg)÷{身長(m)×身長(m)}</p>	<p>身長（ ）cm 妊娠前の体重（ ）kg *記入不要 BMI（ ）</p>
<p>*こちらで聞き取りします。 18 これまでにダイエットのため、食事制限をし、体重はBMI18.5未満になったことがありますか。</p>	<p>ダイエットの有無 → あり なし ありの場合：食事制限によるBMI18.5未満の確認 ①はい その当時の体重（ ）kg BMI（ ） ②いいえ</p>
<p>19 最近1年間、朝食の摂取時に、どの程度主食・主菜・副菜をそろえて食べていましたか。</p>	<p>①毎日 ②週に4～6回 ③週に2～3回 ④週1回以下または無し</p>
<p>*普段の移動手段を教えてください</p>	<p>①自家用車（免許あり・なし） ②バス ③その他（ ）</p>

注1 出産・子育てへの支援や、本市や沖縄県の母子保健の推進を目的にこの情報について統計的な処理を行い、公表することがありますが、その場合個人が特定されることはありません。

* 本届出書及び妊娠届出時のアンケートの情報を沖縄市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種の事業に関し、その目的の範囲内において医療機関とその他支援関係者と情報共有することに同意します。
(あて先)沖縄市長 令和 年 月 日

氏名(本人) _____

(代理の場合)
氏名 _____ 続柄() _____

代理人住所 _____ 代理人電話番号 _____