

## 妊婦さん面接 アンケート

※稲城市ではお母さんとなられる方々へ妊娠、出産、子育てに関する様々な相談やサポートしています。  
 ※アンケートはご相談の際に活用させていただき、妊娠、出産、子育て支援の目的以外で使用することはありません

フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日生 ( )歳		
妊婦氏名					
居住地	稲城市			職業	
連絡先	Tel — — (日中連絡が付きやすい番号)				
子の父となる人	氏名	TEL		職業	
同居家族	夫・婚姻関係がないパートナー・お腹の子の兄弟( )人・父・母 義父・義母・その他( )				
妊娠週数	満 週	出産予定日	年 月 日	里帰り出産の予定 有・無・未定	
出産予定施設の名称	稲城市立病院 ・ ベリエの丘クリニック ・ その他( )				

- 1 妊娠が分かって今の気持ちはいかがですか(複数回答可)  
 ①うれしい ②戸惑い ③不安 ④特に何も感じなかった ⑤その他( )
- 2 過去にかかった病気や現在、治療している病気はありますか ① いいえ ② はい(病名 )
- 3 現在、飲んでいるお薬はありますか ① いいえ ② はい(薬名 )
- 4 過去に流産、死産、早産など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)
- 5 今回の妊娠は不妊治療を行いましたか  
 ①はい ②いいえ
- 6 現在、タバコを吸っていますか  
 ①吸わない ②妊娠が分かってやめた ③吸う( 本/日 )
- 7 現在、お酒を飲みますか  
 ①飲まない ②飲む( 回/週)
- 8 何か困っていることはありますか  
 ①特になし ②出産費用 ③生活費 ④健康や病気の事 ⑤パートナーとの関係 ⑥その他( )
- 9 妊娠・出産・育児のことを相談できる人はいますか  
 ①はい(どなたですか: ) ②いいえ
- 10 出産後、育児を手伝って下さる方はいますか  
 ①はい(どなたですか: ) ②いいえ ③まだ分からない

※チケットの受け取り後に下記へサインをお願いします。

私は育児パッケージを受け取りました。

令和 年 月 日 自署 \_\_\_\_\_

～市担当者記入欄～

面接日: 令和 年 月 日 面接担当者( )  
 身分証明確認: 個人番号カード運転免許証 健康保険証 パスポートその他( )  
 母子健康手帳: 発行日 令和 年 月 日 番号( )  
 発行自治体 稲城市 ・ 稲城市以外( 区・市 妊婦面接 済( / )未 )  
 転入者: 妊娠ギフト受理( 済 ・ 予定(自治体名 ) ・ 未( 不明 ・ 稲城市で希望 ) 住民票異動日( )  
 今後について より 月頃、 にて( )を確認  特になし