

母性相談票

記入日 令和 年 月 日
 妊娠届出日（転入者のみ） 令和 年 月 日

| | | | |
|------|----------------------|-------|---------------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日（満 歳） |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 東金市 | 電話番号 | ①本人 ②夫・（ ） |
| 職業 | | 分娩予定日 | 令和 年 月 日（現在 週） |
| 健康保険 | 国民健康保険・社会保険・生活保護・未加入 | 分娩機関 | |

| | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 職業 | 健康状態 |
|------|--------------|----|----------------------|----|----|---------|
| 家族構成 | 夫 (パートナー) | | S H R 年 月 日 | | | 良・不良（ ） |
| | | | S H R 年 月 日 | | | 良・不良（ ） |
| | | | S H R 年 月 日 | | | 良・不良（ ） |
| | | | S H R 年 月 日 | | | 良・不良（ ） |
| | | | S H R 年 月 日 | | | 良・不良（ ） |

【アンケートのお願い】

安心して出産、子育てができるよう妊娠中からサポートするため、ご協力をお願いします。記載内容は個人情報として慎重に取り扱い、また、匿名化した上で国や県への報告や研究に使用することがあります。これらの使用をお断りになりたい場合は、母子保健係までご連絡下さい。 連絡先 ☎0475-50-1234

| | |
|--|--|
| 妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか。 一番近いもの1つに○をしてください。 | 1. とても嬉しかった 2. 予想外だが嬉しかった 3. 予想外でとまどった 4. 困った 5. 特に何も思わなかった 6. その他（ ） |
| パートナーは今回の妊娠を喜んでくれていますか。 | 1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない |
| 分娩の経験はありますか。 | 1. いいえ 2. はい（ 回） |
| 流・早・死産の経験はありますか。 | 1. ない 2. ある (流産 回/早産 回/死産 回) (週) |
| 妊娠する治療を受けましたか。 | 1. いいえ 2. はい |
| 今日現在結婚していますか。 | 1. はい 2. いいえ 入籍（ 予定 ・ 未定 ） |
| 婚姻状況に当てはまるものはどれですか。 | 1. 初婚 2. 再婚 3. 未婚 |
| （再婚・未婚の方）：離婚後300日以内に該当しますか。 | 1. 非該当 2. 該当 |
| パートナーの婚姻状況に当てはまるものはどれですか。 | 1. 初婚 2. 再婚 3. 未婚 |

| | |
|--|---|
| これまでかかった病気や治療中の病気はありますか。あれば、あてはまる病名に○をつけてください。 | 1. ない 2. ある [1. 心臓病 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. がん 5. 貧血] 6. その他 () |
| それは何歳頃からですか。 | (番; 歳頃) (番; 歳頃) |
| それは今も治療中ですか。 | (番; 1. いいえ 2. はい) (番; 1. いいえ 2. はい) |
| 心理的あるいは精神的な問題でカウンセラーや精神科医師、または心療内科に相談したことはありますか。 | 1. ない 2. ある 症状・診断 () |
| それは何歳頃からですか。 | (歳頃) |
| それは今も治療中ですか。 | 1. いいえ 2. はい |
| あなたはタバコを習慣的に吸う、または過去に吸っていましたか。 | 1. 今まで習慣的に吸ったことはない 2. 以前吸っていたが、妊娠を知る前からやめている 3. 今回の妊娠を知って、やめた 4. 現在も吸っている |
| 家族の中で、タバコを吸う人がいますか。 | 1. いない 2. いる(a.夫 b.父母 c.義父母 d.その他 ()) |
| お酒を飲みますか。 | 1. 飲まない 2. 今回の妊娠を知って、やめた 3. 時々飲んでいる 4. 毎日飲んでいる |
| 現在の暮らしの経済的な状況を総合的にみて、どう感じていますか。 | 1. 大変ゆとりがある 2. ややゆとりがある 3. 普通 4. やや苦しい 5. 大変苦しい |
| 里帰りの予定はありますか。 | 1. ない 2. ある (里帰り先:) |
| 出産後の生活の場 (居住地)は、現在と同じですか。 | 1. はい 2. いいえ (居住地:) |
| 妊娠中に、 <u>妊娠・出産に関して相談にのってくれる人</u> はいますか。あてはまる人すべてに○をしてください。 | 1. 夫・パートナー 2. 実父母 3. 義父母 4. きょうだい 5. 友人 6. 保健師や助産師 7. インターネット 8. その他 () 9. 誰もいない |
| 出産後に家事や育児を手伝ってくれる人はいますか。あてはまる人すべてに○をしてください。 | 1. 夫・パートナー 2. 実父母 3. 義父母 4. きょうだい 5. 友人 6. その他 () 7. 誰もいない |
| あなたが普段、 <u>本当に困った時に相談する人</u> は誰ですか。あてはまる人すべてに○をしてください。 | 1. 夫・パートナー 2. 実父母 3. 義父母 4. きょうだい 5. 友人 6. 保健師や助産師 7. インターネット 8. その他 () 9. 誰もいない |
| 現在、または今後を考えた時に、不安や悩み、困っていることはありますか？あてはまるものすべてに○をしてください。 | 1. ない 2. 健康のこと 3. 出産について 4. 赤ちゃんの健康 5. 育児の仕方 6. 仕事のこと 7. 経済的なこと 8. 夫婦(パートナー)関係のこと 9. 家族関係のこと 10.その他 () |
| 産後ケアの利用希望はありますか。 | 1. ない 2. ある 3. 未定 |
| とうがね子育てアプリ「ひろば」を登録していますか。 | 1. している 2. していない |

妊娠によりホルモンバランスが乱れ、気分が落ち込むことや涙もろくなることがあります。
あなたの状態について、教えてください。

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

◎今日だけでなく、過去1週間を振り返り、あなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。必ず10項目全部に答えて下さい。

| | |
|--------------------------------------|--|
| 1. 笑うことができたし、 物事のおもしろい面もわかった。 | () いつもと同様にできた。 () あまりできなかった () 明らかにできなかった () 全くできなかった |
| 2. 物事を楽しみにして待った。 | () いつもと同様にできた。 () あまりできなかった () 明らかにできなかった () ほとんどできなかった |
| 3. 物事がうまくいかない時は、 自分を不必要に責めた。 | () はい、たいていそうだった () はい、時々そうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くなかった。 |
| 4. はっきりした理由もないのに 不安になったり、心配したりした。 | () いいえ、そうではなかった。 () ほとんどそうではなかった () はい、時々あった () はい、しょっちゅうあった |
| 5. はっきりした理由もないのに 恐怖に襲われた。 | () はい、しょっちゅうあった () はい、時々あった () いいえ、めったになかった () いいえ、全くなかった。 |
| 6. することがたくさんあって 大変だった。 | () はい、たいてい対処できなかった () はい、いつものようにはうまく対処できなかった () いいえ、たいていうまく対処した () いいえ、普段通りに対処した。 |
| 7. 不幸せな気分なので、 眠りにくかった。 | () はい、ほとんどいつもそうだった () はい、時々そうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くなかった。 |
| 8. 悲しくなったり、 惨めになったりした。 | () はい、たいていそうだった () はい、かなりしばしばそうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くそうではなかった。 |
| 9. 不幸せな気分だったので、 泣いていた。 | () はい、たいていそうだった () はい、かなりしばしばそうだった () ほんの時々あった () いいえ、全くそうではなかった。 |
| 10. 自分自身を傷つけるという 考えが浮かんできた。 | () はい、かなりしばしばそうだった () 時々そうだった () めったになかった () 全くなかった。 |

東金市では、妊娠期から子育て期まで切れ目のない支援を行うため、必要に応じて妊娠・出産に関する相談内容を関係機関（転出した際の転出先市町村や医療関係機関など）に提供します。

以上のとおり、取り扱うことに同意します。

令和 年 月 日 署名 _____