

# 母性相談票

記入日 令和 年 月 日  
 妊娠届出日 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
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

※裏面もご記入ください。

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
同居家族の中で、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。	<input type="checkbox"/> いつもと同様にできた。 <input type="checkbox"/> あまりできなかった <input type="checkbox"/> 明らかにできなかった <input type="checkbox"/> 全くできなかった
2. 物事を楽しみにして待った。	<input type="checkbox"/> いつもと同様にできた。 <input type="checkbox"/> あまりできなかった <input type="checkbox"/> 明らかにできなかった <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった <input type="checkbox"/> はい、時々そうだった <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ、そうではなかった。 <input type="checkbox"/> ほとんどそうではなかった <input type="checkbox"/> はい、時々あった <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい、しょっちゅうあった <input type="checkbox"/> はい、時々あった <input type="checkbox"/> いいえ、めったになかった <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい、たいてい対処できなかった <input type="checkbox"/> はい、いつものようにはうまく対処できなかった <input type="checkbox"/> いいえ、たいていうまく対処した <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい、ほとんどいつもそうだった <input type="checkbox"/> はい、時々そうだった <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうだった <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうだった <input type="checkbox"/> ほんの時々あった <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうだった <input type="checkbox"/> 時々そうだった <input type="checkbox"/> めったになかった <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_