

妊娠・出産に関するアンケート

| | |
|--------|--|
| 宛名コード | |
| 母子手帳番号 | |

下記は国の妊婦のための給付金事業に関するアンケートです。

1. 今回の妊娠についてどう思いますか。一番近いものに○をつけてください。

- ①うれしい ②ややうれしい ③どちらともいえない ④あまりうれしくない ⑤うれしくない
理由 ()

2. 現在の体調について、あてはまることに○をつけてください。

- ①つわり (あり・なし) ②お腹の張り (あり・なし) ③切迫症状 (あり・なし)
④張り止めの内服薬 (あり・なし) ⑤精神面の変化 (あり・なし)
⑥その他 (あり:内容 ・なし)

3. 現在、気になることに○をつけてください。(複数回答可)

- ①妊娠の経過 ②出産のときのこと ③子育ての仕方 ④上の子の育児 ⑤病気のとときの対応
⑥自分の健康面 () ⑦夫(パートナー)との関係 ⑧あなたや夫(パートナー)の親のこと
⑨経済面 ⑩近所・親戚付き合い ⑪育児への周囲の協力 ⑫仕事 ⑬その他 ()

4. あなたが悩んでいる時、一番の相談にのってくれる人や機関に◎をつけてください。その他、相談にのってくれる人や機関に○をつけてください。(複数回答可)

- ①夫(パートナー) ②自分の親 ③夫(パートナー)の親 ④きょうだい ⑤友人 ⑥近所の人
⑦産科医療機関 ⑧保健師 ⑨電話相談 ⑩インターネット ⑪その他 () ⑫誰もいない

5. 出産に向けて、今のお気持ちにあてはまるところに○をつけてください。

(複数回答可)

- ①楽しみである ②やってみたいことがある ③不安がある ④恐怖がある ⑤特に何も思わない
→①②にチェックをいれた方は、具体的な内容をご記入ください。→ ()
→③④にチェックをいれた方は、具体的な内容をご記入ください。→ ()

6. 妊娠中の訪問や面談の希望について○をつけてください。

- ①希望する (年 月頃) → (訪問希望 ・ 面談希望) ②希望しない
※希望の場合、こども家庭課より後日連絡します。

7. 里帰り(出産後、実家でしばらく滞在)の予定について○をつけてください。

- ①里帰りする 里帰り先 (都道府県 市区町村) ・ 期間(約 か月)
②里帰りしない

裏面へ続く

8.家族の状況について、ご記入ください。

また産後、手助けしてくれる人に○をつけてください。（複数回答可）

①夫(パートナー)：居住地（同居 ・ 同居予定R 年 月頃から ・ その他： ）
就業中の方：定休（ 曜日）・不定休、帰宅： 時頃、育休取得予定（有・無）
体調（健康・その他 ）
精神的なことで医師等への相談の有無（有：時期 ・ 無）

②自分の 父親：居住地（ 都道府県 市区町村） 体調（健康・その他 ） 就業（有・無）
※ご自身と父親の関係は良好ですか。
良好 ・ 普通 ・ どちらともいえない ・ その他（ ）

③自分の 母親：居住地（ 都道府県 市区町村） 体調（健康・その他 ） 就業（有・無）
※ご自身と母親の関係は良好ですか。
良好 ・ 普通 ・ どちらともいえない ・ その他（ ）
※ご自身はこどもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか。
ある ・ なんとなくある ・ あまりない ・ なし

④パートナーの 父親：居住地（ 都道府県 市区町村） 体調（健康・その他 ） 就業（有・無）

⑤パートナーの 母親：居住地（ 都道府県 市区町村） 体調（健康・その他 ） 就業（有・無）

※夫（パートナー）と夫（パートナー）の両親の関係は（こどもの頃から現在まで）良好ですか。

良好 ・ 普通 ・ どちらともいえない ・ その他（ ）

※妊婦自身と夫（パートナー）の両親の関係はいかがですか。

良好 ・ 普通 ・ どちらともいえない ・ あまり関りが無い ・ その他（ ）

⑥きょうだい ⑦友人 ⑧近所の人 ⑨その他（ ） ⑩誰もいない

9.産後、家事援助や産後ケアなどのサービスを利用したいと思いませんか。

家事支援： 利用したい ・ 不要

産後ケア： 利用したい ・ 不要

令和 年 月 日

アンケート回答者氏名

職員記入欄

| | | | |
|--|--|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> 本人面談済み → <input type="checkbox"/> 後日申請 <input type="checkbox"/> 本日申請済み | | 転入のため（ 市町村）で | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 代理人面談（本人面談未）→ <input type="checkbox"/> 本人面談案内手渡し済 | | 妊婦支援給付金（妊婦分）申請済 | |
| ●受領確認（ <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 本アンケート <input type="checkbox"/> 口座のわかるものの写し ） | | | |
| 受付者 | 地区担当保健師 | ケアプラン ・ サポートプラン | |
| <input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 委任状（代理人の場合） | <番号確認書類> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票（個人番号記載） <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基情報より確認（同意確認） | <本人（代理人）確認書類> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） | ※写真付きでない場合2点 |

※転入者の場合のみ記入

母子手帳交付日 年 月 日 転入日 年 月 日 差し替えた補助券 基本券： 回目～ 回目、追加券： ～