

母子健康手帳交付時おたずね

受付番号	受診票番号	栄養	転入者 発行枚数

以下の項目にお答えください

職員確認

氏名	勤務先（会社名）	実家住所 県 市	携帯電話番号 つながりやすい時間・曜日（平日）	<input type="checkbox"/>
パートナー 氏名	勤務先（会社名）	実家住所 県 市		<input type="checkbox"/>
未婚の方 ・ 入籍予定あり（予定の時期 年 月頃） ・ 入籍予定なし				

●分娩予定医療機関

医療機関名	
-------	--

●妊娠前の体重と身長、BMIを記入してください	体重（ k g ） 身長（ c m ）
	BMI（ ） = 体重（ ） kg ÷ 身長（ ） m ÷ 身長（ ） m

●妊婦さんの生活リズム（睡眠、仕事、食事、間食等）について教えてください	起床（ ）時	就寝（ ）時
	_____	_____

●妊婦さん自身の出生について教えてください	在胎週数 週 出生体重 g
-----------------------	--

●今までに右記の病気にかかったことがありますか。あてはまるところ○をつけてください。	・ 婦人科疾患・糖尿病・高血圧・心疾患・腎疾患・貧血・血液疾患 ・ 気管支喘息・自己免疫疾患（膠原病など）・甲状腺の疾患 ・ こころの病気・その他（ ）					

●血縁関係のある方（妊婦さんの両親・兄弟・祖父母等）で、次の病気に当てはまるものはありますか。あてはまる場所に○をつけてください。その他、心臓病や腎臓病、妊娠高血圧症候群等にかかったことがある方がいましたら、空欄に記載してください。		父	母	兄弟 姉妹	祖父	祖母	
	糖尿病						
	高血圧						

●夫・パートナーの健康状態について教えてください	・健康 ・よくない（詳細 ）
--------------------------	--

●妊婦さんの同居家族を教えてください。	・夫・子（ 人）・父母・義父母・祖父母・その他（ ）
---------------------	--

●産後育児などを手伝ってくれる人はいますか？	・はい⇒夫・実母・実父・義母・義父・その他（ ） ・いいえ
------------------------	---

●戸籍のことで相談したいことはありますか？	・はい（ ） ・いいえ
-----------------------	--

●自分の育ちや家族関係でご心配なことはありますか？	ある方のみ
---------------------------	-------

●その他、自分の体のこと・子育てのこと・家庭のことなど、何か相談があればご記入ください	
---	--

※裏面も記入してください

<喫煙についてお聞きします>

●妊娠届出書で、タバコを吸っている方・タバコをやめた方にお聞きします。

タバコを吸い始めた年齢は何歳ですか？ 吸い始めた年齢（ 歳から平均 本/日）

吸っていたがやめた方→やめたのはいつですか？ a今回妊娠時 b結婚時 c前回妊娠時 dその他（ ）

吸っている方→タバコをやめたいと思いますか？ aはい bいいえ cどちらでもない

●同居家族はタバコを吸いますか？

・誰も吸わない ・吸う人がいる→下記項目へ

吸う人は誰ですか？ a夫 b義父 c義母 d実父 e実母 fその他（ ）

喫煙場所はどこですか？ a屋外 b屋内 c換気扇の下 d車内 eその他（ ）

●出産歴

	出産週数	出生体重	分娩方法	出産時母の年齢	体重増加	妊娠中、下記に当てはまるものにチェックをしてください
第1子	週	g	経膈分娩 ・ 帝王切開	歳	kg	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> マタニティーブルー <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 産後うつ
第2子	週	g	経膈分娩 ・ 帝王切開	歳	kg	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> マタニティーブルー <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 産後うつ
第3子	週	g	経膈分娩 ・ 帝王切開	歳	kg	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> マタニティーブルー <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 産後うつ

中津川市では様々な機関が関わり、安心安全な妊娠・出産・育児を応援します。切れ目の無い支援のため必要時に子育て支援機関が、妊娠や子育てに関する情報を共有する事にご同意をお願いします（□にレをご記入下さい）。

→ 同意する

※問診者記入欄

次回	次回月	特定	HiR	問診者氏名
無・有（ ）		該当・非該当	該当・非該当	