

加入している健康保険

妊婦	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合()	夫 (パートナー)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 共済組合() <input type="checkbox"/> その他()

家族歴・妊娠歴

現在、妊娠による異常はありますか		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 強いつわり <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> その他()					
家庭や仕事など日常生活で強いストレスを感じていますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()					
夫(パートナー)の健康状態		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> よくない(病名)					
家族歴	あなたの血族の中で次の病気がありますか。あてはまるところに○をつけてください。その他の病気を治療している家族の方がいましたら、空欄のところに記載してください。	血縁者	父	母	兄弟姉妹	祖父	祖母
		糖尿病					
		高血圧					
		心臓病					
		腎臓病					
		妊娠高血圧症候群					
		妊娠糖尿病					
		貧血					
妊娠歴		妊娠回数 ()回※今回の妊娠は含めない 出産回数 ()回 今回の妊娠:不妊治療 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					

出産歴

氏名 生年月日 性別	出産週数	出産体重	分娩方法	出産時 母年齢	体重増加	現在の子 の状態	薬を飲んだり、病院で注 意されたりしたものに チェックをしてください	入園・ 就学先
第1子 氏名 年月日 男・女	週	g	自然分娩 ・ 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"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> その他	
第2子 氏名 年月日 男・女	週	g	自然分娩 ・ 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"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> その他	
第3子 氏名 年月日 男・女	週	g	自然分娩 ・ 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"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> その他	

妊婦の実家住所を記載してください。	
夫(パートナー)の実家住所を記載してください。	<input type="checkbox"/> 町内() <input type="checkbox"/> 県内() <input type="checkbox"/> 県外()
里帰り出産の予定はありますか。	<input type="checkbox"/> ある (妊娠 月頃 から 産後 月まで) <input type="checkbox"/> いいえ

妊婦の職業と環境

妊娠に気づいた時の状況	職業		<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非正規職員			
	仕事の内容と職場環境	*立ち作業など負担が大きい作業が多い、休憩がとりにくい、時間外労働が多いなど				
	仕事をする時間	1日約()時間 ・ ()時~()時 交代制など変則的な勤務 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	通勤や仕事に利用する乗り物	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他()				
	通勤の時間	片道()分	混雑	<input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 普通		
妊娠してからの変更点 ※該当するものすべて		<input type="checkbox"/> 仕事を休んだ (妊娠 週(第 月)のとき) <input type="checkbox"/> 仕事を変えた (妊娠 週(第 月)のとき) <input type="checkbox"/> 仕事をやめた (妊娠 週(第 月)のとき) <input type="checkbox"/> その他 ()				
産前休業		月 日 から	月 日まで			
産後休業		月 日 から	月 日まで			
育児休業	母親	月 日 から	月 日まで			
		月 日 から	月 日まで			
	父親	月 日 から	月 日まで			
		月 日 から	月 日まで			
住居の種類		<input type="checkbox"/> 一戸建て(階建) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建 階・エレベーター: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他 ()				
騒音	<input type="checkbox"/> 静 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 騒	日当たり	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪			
同居	<input type="checkbox"/> 子ども(人) <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 夫の父 <input type="checkbox"/> 夫の母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 夫の祖父 <input type="checkbox"/> 夫の祖母 <input type="checkbox"/> 実祖父 <input type="checkbox"/> 実祖母 <input type="checkbox"/> その他()					

相談したいことがあればご記入ください