

## 妊娠中の方へのアンケート

妊娠・出産についての相談や情報提供を行うために以下の質問にご回答ください。  
アンケート記入時、妊娠継続されていない方は太枠内のみご記入をお願いします。

氏名		記入日	年 月 日
年齢	歳 (アンケート記入時点)	生年月日	年 月 日
電話番号	(平日昼間に連絡が取れる電話番号)		

3か月以内に転出・氏名変更の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> 転出・氏名変更予定なし <input type="checkbox"/> 転出予定あり (時期: _____) <input type="checkbox"/> 氏名変更予定あり
-------------------------	--

1	現在の妊娠週数を教えてください。	妊娠 _____ 週 (単胎・多胎)
2	出産予定日を教えてください。	年 月 日
3	妊婦健康診査を定期的に受診していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	妊婦健康診査受診医療機関を教えてください。	
5	出産予定の医療機関を教えてください。	
6	出産・育児に向けて、今のお気持ちはいかがですか。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> </div> </div> <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
7	出産・育児に向けて知りたいこと、気になることはありますか。	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 妊娠や健康 <input type="checkbox"/> 産後の子育て <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 住居 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園 <input type="checkbox"/> 上の子の育児に関すること <input type="checkbox"/> 産前・産後のサポート体制について <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
8	里帰りをする予定はありますか。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在未定 住所: _____
9	現在仕事をしていますか。 育児休暇の取得予定はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 産休・育休中 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 退職予定
10	出産後、相談に乗ってくれたり、家事や育児のサポートをしてくれる人として、どんな方が思い浮かびますか。	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 思い浮かばない
11	保健師や助産師による相談 (電話・面談・訪問) 等を希望されますか。 希望される場合、連絡のつきやすい日時や曜日を教えてください。(例) ○月○日以降、午前中	<input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 相談したい ( <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 出産後 )
12	出産・育児を迎えるにあたり、気になっていることや相談したいことがあれば、ご記入ください。	

ご記入ありがとうございました。アンケートの内容を確認させていただき、心配なことや相談の希望がない場合でも連絡させていただくことがありますのでご了承ください。

木津川市では、電話や家庭訪問などで妊娠・出産・子育てについてのご相談をお受けしています。

ご心配なことがありましたら、お気軽にご連絡ください。

### 【お問い合わせ先】

こども家庭支援室

TEL : 0774-75-1204

市確認欄

窓口等で確認済

