

☆ご妊娠おめでとうございます☆（転入者）

・妊娠・出産・育児支援のため、以下のアンケートに記入をお願いします。

◎今回の妊娠についてどう思いますか？

☐うれしい ☐ややうれしい ☐どちらともいえない ☐ややうれしくない ☐うれしくない

◎出産後、赤ちゃんとの生活を楽しめるとおもいますか？

☐思う ☐やや思う ☐どちらともいえない ☐やや思わない ☐思わない

◎今現在もしくは過去に、定期的に受診したり、薬を飲んだりしたことはありますか？

☐ない ☐ある（病名等）

◎過去・現在の妊娠、出産の状況についておたずねします。

☐妊娠・出産ともに問題なかった

□妊娠・出産について医師から指摘された

◎同居のご家族を教えてください。

☐ 夫またはパートナー

□子 ① () 歲 ② () 歲 ③ () 歲 ④ () 歲

□その他（ ）

◎産前・産後に手助けしてくれる人がいますか？

☐ いる（どなたですか？） ☐ いない

◎最近1年の間に、悲しいできごとがありましたか？

☐いいえ ☐はい（内容）

◎出産費用や今後の子育てについて、不安がありますか？

□いいえ

☐はい

はいの内容 ☐ 健診費用や出産費用について ☐ 出産後の育児費用について ☐ 保育園について

□その他（ ）

◎今までに赤ちゃんをお世話した経験がありますか？

☐はい☐ いいえ

はいの内容 ☐ミルクをあげたり、離乳食など食べさせたことがある ☐おむつを替えたことがある

☐抱っこしたことがある ☐その他（ ）

◎これまでに、カウンセラーに相談もしくは精神科に通院したことはありますか？

☐いいえ ☐はい（病名： 治療中・中断・治癒）

◎妊娠中、または出産後に町役場の助産師・保健師よりお電話させていただくことがあります。

電話に出られる時間帯：午前・午後 時ごろ（携帯・自宅）