

## お母さんになれるあなたへ

妊婦さんが安心して出産できるよう、妊娠期からの相談窓口、必要なサービスや情報の提供を行うため、アンケートのご協力をお願いします。なお、ご記入いただいた内容は、個人情報として取り扱い、プライバシーを保護しますので、安心してご記入ください。

※アンケートはお母さんになれる方が記入してください。回答が難しい設問は、無記入でも結構です。

## 妊娠届出時 アンケート ※裏面もあります

入籍予定について	入籍済・入籍予定・入籍予定なし	入籍予定日	年 月
市外転出予定	無 ・ 有	転出予定日	年 月

《あなた自身のことについて伺います》

妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか？	<input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑った <input type="checkbox"/> 困った（理由： ） <input type="checkbox"/> 特になんとも思わなかった
あなたの現在の気持ちの状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない <input type="checkbox"/> なんともいえない （理由： ）
あなた自身は子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
妊娠中、市や病院が主催する両親学級を受けようと思えますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（理由： ）
妊娠中や出産後に困ったり不安になることはありますか？	<input type="checkbox"/> 経済的な不安 <input type="checkbox"/> 自分の病気・障害・体調不良 （具体的に： ） <input type="checkbox"/> 夫や家族等親しい人の病気・障害・体調不良 （具体的に： ） <input type="checkbox"/> 仕事の両立 <input type="checkbox"/> 夫（パートナー）との関係 （具体的に： ） <input type="checkbox"/> 相談者がいない <input type="checkbox"/> 育児等の協力をしてくれる人が少ない <input type="checkbox"/> 妊娠・出産・育児に対する知識がない （具体的に： ） <input type="checkbox"/> 母親になることに自信がもてない <input type="checkbox"/> 地域（病院・子育て施設など）のことがわからない <input type="checkbox"/> 子どもを通じた付き合い <input type="checkbox"/> 親族との付き合い <input type="checkbox"/> 上の子のことが心配 （具体的に： ）

あなたが困っている時に、相談できる方はいますか？	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実両親 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)の親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 特にいない
産後、育児支援サービス(家庭訪問・育児相談など)がありますが、利用しようと思えますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (理由: )
出産後、手伝ってくれる方はいますか？	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実両親 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)の親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 特にいない
現在お仕事をされていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今回の妊娠についてお聞きします。 該当するどちらかに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 自然に妊娠した <input type="checkbox"/> 治療して妊娠した (期間: 年 月 日)
今回の妊娠中に、お腹の中の赤ちゃんやあなたの体について、医師から何か問題(異常)があるとされていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に: )
今までに心理的あるいは精神的なことで、カウンセラーや精神科医師、心療内科医師などに相談したことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に: )

「あなたの夫(パートナー)についてお聞きします」

現在、夫(パートナー)と一緒に住まいますか？	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居だが同居予定(いつ頃: ) <input type="checkbox"/> 別居だが援助してくれる <input type="checkbox"/> 別居で援助もなし
妊娠を伝えた時、どのような様子でしたか？	<input type="checkbox"/> うれしそうだった <input type="checkbox"/> 予想外で驚いていたがうれしそうだった <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑っていた <input type="checkbox"/> 困っている様子だった(理由: ) <input type="checkbox"/> 特に反応はなかった
夫(パートナー)から暴力を振るわれたり、暴言を吐かれたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々(暴言・暴力) <input type="checkbox"/> はい(暴言・暴力) ➡市ではDV等の相談に乗れる窓口があります。 女性専用相談ダイヤル ☎50-3043

★生まれてくるまだ見ぬ子への今の思いを聞かせてください。また、その他心配なことがありましたらご自由にご記入ください。



ご記入ありがとうございました。

職員記載欄	
面談日 : 年 月 日	受給方法: <input type="checkbox"/> 現金
面談者 :	<input type="checkbox"/> デジタル地域通貨 →ふくアプリ登録
出産応援ギフト電子申請 : <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 登録期日記載