妊娠届時健康票

交付日　　妊娠（　　）週　　No.

二重線の枠内をお書きください。

フリガナ 妊婦氏名		生年月日	（　歳）	連絡先		職業		実家	
夫氏名		生年月日	（　歳）	連絡先		職業		実家	
現住所	（区名　　）								

出産予定日　：　　年　　月　　日

出産予定場所　：　　県外の場合（所在地：　　）

産後の滞在先　：　自宅　・実家（住所　　）・　その他

妊娠中の転居予定　：□なし　　□あり（転出予定時期・転出先：　　）

妊娠回数（今回の妊娠含む）：　　回　　出産回数：　　回 / 今回、不妊治療を受けましたか。　はい・いいえ

つわり　：　あり　・　なし　　出血　：　あり　・　なし　　その他の異常　：　あり　・　なし

出産予定児の状況　：単胎　　多胎（双子　三つ子　　）　　不明

前回までの妊娠中の異常　：　なし　・　あり（貧血・高血圧・尿たんぱく・尿糖・その他　　）

これまでの出産での異常はありましたか　　なし　　あり（　　）

今までにかかった病気　：　　なし　・　あり（　　）

今までにカウンセラーや精神科、心療内科などに相談したことがありますか　：　なし　・　あり（　　）

この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか　：　はい　・　いいえ

この1か月間、物事に対して興味がわかない、こころから楽しめない感じがよくありましたか　：　はい　・　いいえ

飲酒　：　なし　・　あり（種類：　　量：　　）

喫煙　：（現在）なし　・　あり（　　本／日）（妊娠前）なし・あり（　　本／日）（夫の喫煙）あり・なし

生活リズム　：　起床　　時　・　就寝　　時　　現在の身長　　cm　　体重　　kg

妊娠中に歯周病疾患の悪化で早産や低体重児の出産リスクが高まることを知っていますか。　はい　・　いいえ

婚姻状況　：　□既婚　　□未婚　→　入籍予定：□あり（　　月ごろ）　　□なし

妊娠中に必要な場合は産科医療機関と連絡を取り合うことについて承諾しますか。　はい　・いいえ

家族構成

続柄	氏名	生年月日

心配なこと、不安なこと：

□自分の健康のこと　□赤ちゃんのこと　□仕事のこと

□経済的なこと　□家族や兄弟のこと　□支援者のこと