

サポートシート

妊婦さんご本人が
ご記入ください



ご記入いただいた内容は、母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づき、各種事業に関し、医療機関、公的機関との連携に利用させていただく場合がありますので、ご承知おきください。

※サポートシートの回答は統計的に処理することがあります。個人名、回答内容が公表されることはありません。

届出日	年 月 日		母子健康手帳番号	
氏名			生年月日	年 月 日
電話番号	— —	連絡のつきやすい時間帯		平日 (時~ 時) 土曜日 (時~ 時)
出産予定日	年 月 日	妊娠回数	今回 回目	出産回数 過去に 回
今までに2,500g未満の出産		なかった・あった		今までに4,000g以上の出産 なかった・あった

1	現在お仕事をされていますか	1 はい 職業 () a 今後も産休・育休を取り、仕事を続ける予定 b 出産前に退職予定 c 育児休業中		2 していない a 専業主婦 b 学生 c その他 ()		
2	現在、通院や内服をしていますか	1 いいえ	2 はい ・病名または症状 () ・治療 あり () ・医療機関名 ()			
3	今までにかかった病気はありますか	1 いいえ	2 はい (該当するものに○をつけてください) a 高血圧 b 心臓病 c 糖尿病 d 腎臓病 e 甲状腺の病気 f 悪性腫瘍 () g その他 ()			
4	現在または過去にこころの病気 で通院したり、不登校・休職など をしたことがありますか	1 いいえ	2 はい・病名 ()			
5	妊娠を知った時、どのような気持ち でしたか (複数回答可)	1 うれしかった	2 予想外の妊娠 だが、うれしかった	3 予想外の妊娠 で困った	4 特に何とも思わなかった	
6	子どもの頃から愛情を受けて育 ったという実感がありますか	1 ある	2 なんとなくある	3 あまりない	4 ない	
		5 その他 ()				
7	妊娠、出産、育児について、相談 したり協力してくれる人がいま すか	1 はい (該当する方に○をつけてください) a 夫 (パートナー) b 実父母 c 夫 (パートナー) の父母 d きょうだい e 友人 f その他 ()			2 いいえ	
8	出産後のサポートはありますか	1 はい (該当する方に○をつけてください) a 夫 (パートナー) b 実父母が自宅に来てくれる c 実家へ里帰り (県 市町村) d 夫 (パートナー) の父母が自宅に来てくれる e 夫 (パートナー) の実家へ里帰り (県 市町村) f その他 ()			2 いいえ	
9	現在心配なこと、相談したいこと はありますか (複数回答可)	1 なし 5 パートナーとの関係 2 妊娠中の身体のこと 6 相談者や協力者が見つけれない 3 家事や仕事のこと 7 その他 () 4 経済的なこと				
10	今回の妊娠において不妊治療を していますか	1 あ り (治療期間 年 カ月)			2 なし	
11	お酒を飲みますか	1 いいえ	2 妊娠してやめた	3 はい 毎日・時々		
12	タバコを吸いますか	1 いいえ	2 妊娠してやめた	3 はい 1日 ()本		

裏面もご記入ください

