

妊娠中の方へのアンケート

お名前 _____ 年齢 (_____ 歳) _____

妊娠・出産についての相談や情報提供を行うために、以下の質問にご協力をお願いします。（あてはまるものに☑をつけてください。）

○現在の妊娠週数 妊娠（ ）週 単胎・多胎（ ）

○妊婦健康診査を定期的に受診していますか。

□はい（健診受診施設： ） □いいえ

※妊娠中は、気がかりなことがなくても、身体にはいろいろな変化が起こっています。きちんと妊婦健康診査を受けましょう。

○分娩予定施設は決まっていますか。

□はい（分娩予定施設： ） □いいえ

○出産後、相談にのってくれたり、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？

$$\left(\begin{array}{c} \text{ } \end{array} \right)$$

○出産に向けて、今のお気持ちはいかがですか？

- ・ 楽しみなこと、やってみたいこと

$$\left[\begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

・知りたいこと、気になること（ご自身の健康、赤ちゃんや上のお子さん、ご家族、仕事、保育園、経済面、住まい・生活環境など）

[]

※ 様似町記入欄

(備考)

【お問い合わせ先】

様似町 保健福祉課

電話番号：0146-36-5511

〒 058-0014 様似町大通2丁目98番地の2