

家族構成(同居している家族)

氏名	生年月日	年齢	続柄	職業	氏名	生年月日	年齢	続柄	職業
			夫						

I-1	結婚していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( <input type="checkbox"/> 今後入籍予定 <input type="checkbox"/> 未定 )
I-2	今回の妊娠は何回目ですか？	回目 ( そのうち 出産 回 死産 回 流産 回 中絶 回 )
	過去の妊娠経過は？	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 体重増加15kg以上 <input type="checkbox"/> 他( )
	過去の分娩経過は？	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 帝王切開( 回 ) <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死産 <input type="checkbox"/> 出血多量 <input type="checkbox"/> 他( )
I-3	今回の妊娠を知った時うれしかったですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらとも言えない
I-4	妊娠についてお聞きます	<input type="checkbox"/> 自然に妊娠した <input type="checkbox"/> 治療して妊娠した <input type="checkbox"/> その他( )
I-5	現在の妊娠経過について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治療中 ( <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 他( )
I-6	出産する病院は決まっていますか？	<input type="checkbox"/> 決まっている ( 病院名: ) <input type="checkbox"/> 未定
I-7	今までに治療した病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない
		<input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 他( )
I-8	現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない
		<input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 他( )
I-9	三食(朝・昼・晩)食べていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ( 回/日 )
I-10	ひどい偏食はありませんでしたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に )
I-11	あなたは、たばこは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない
		<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが妊娠してからやめている(非妊娠時 本/日)
		<input type="checkbox"/> 今も吸っている → 禁煙の意志はありますか( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )
I-12	同居のご家族で、自宅でたばこを吸っている人はいますか？	<input type="checkbox"/> 吸っている人はいない
		<input type="checkbox"/> 吸っている人がいる ⇒それはどなたですか？ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他の家族
I-13	あなたは、アルコールを飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 以前は飲んでいましたが妊娠してからやめている
		<input type="checkbox"/> 時々飲む程度 <input type="checkbox"/> 毎日ではないが週3日以上飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む
I-14	現在、心配なこと、気になることがありましたら、ご自由にお書きください。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(妊娠経過、出産、子育て、病気、生活面、経済面、他) { }
II-1	今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か問題があるとされていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
II-2	今までに心理的、精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
II-3	①夫には何でも打ち明けることができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	②お母さんには何でも打ち明けることができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	③夫やお母さんの他に相談できる人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい(誰ですか？ ) <input type="checkbox"/> いいえ
	④出産後のお世話をしてくれる人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい(誰ですか？ ) <input type="checkbox"/> いいえ
II-4	生活が苦しかったり、経済的な不安はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
II-5	子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
II-2	今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり、事故にあったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ