**妊娠初回問診**

お名前　　　　　　　　　　　　　様　　　記入日　　　　年　　　月　　　日

あてはまるお答えに○をしてください。

１．出産施設はお決まりですか？

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　未定　・　当院

他院（　県内　・　県外　）

２．妊娠前の体重　　　　㎏

３．喘息はありますか？　　　　　　　　　　　（なし・現在治療中・過去に既往あり）

４．困ったときに相談する人についておたずねします。

①パートナーには何でも打ち明けることができますか？　　　　（はい 　 いいえ）

②パートナーの他にも相談できる人がいますか？　　　　　　　（はい 　 いいえ）

　　　はいとお答えの方（実母・実父・義父母・友人・その他：　　　　　　　　　　）

５．家事や育児を手伝ってくれる方はいますか？

　　（パートナー・実母・実父・義父母・その他：　　　　　　　　　　　　　　　　）

６．生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？　　　　　　（はい 　 いいえ）

７．今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医、

または心療内科医師などに相談したことがありますか？　　　　（はい　　いいえ）

　　はいとお答えの方：過去に受診していた

現在通院中：病名や症状わかる範囲でご記入ください。

8 ．地域（保健師）との連携が必要な場合は、情報提供をさせていただいても

よろしいでしょうか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（はい　　いいえ）

9 ．スタッフに対してのご質問・要望があればご自由にご記入ください。