

78000xxxxx

平成29年度

県民健康調査

妊産婦に関する調査 調査票

〒123-4567

福島県福島市光が丘1

医大花子 様



オンライン用
(平成30年8月末まで)
ID:
217xxxxxxxxx
パスワード:
xxxxxxxxxx

オンライン回答サイト: <http://fukushima-mimamori.jp/17nimpu>

- 本調査票は、福島県各市町村の母子健康手帳(以下、母子手帳)の交付資料に基づいて発送しています。
- 設問にはお子様の生後1か月の発育についてお答えいただくものがございます。ご回答は、お子様の1か月児健診が終了してからお願いいたします。
- 回答方法は、調査票の返送、またはオンライン回答のいずれかのご都合のよい方法をお選びください。ご本人が回答できない場合には、家族の方や同居されている方がご回答ください。
- ご回答いただいた内容等により、専任の助産師等からお電話をさせていただくことがございます。また、電話やメールを通してのご相談等も受け付けていますので、ぜひ、ご利用ください。

以下にご記入後、次のページからの質問にご回答ください。

ふりがな	生年月日
氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
TEL 例: 024-549-5180	携帯番号 例: 090-xxxx-xxxx
住所に変更があった方や、医療機関にて調査票を配布された方は住所のご記入をお願いします。調査結果の報告等にて使用させていただきます。	
ふりがな	
住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
都・道 府・県	市・区 郡 町・区 村
(アパート名等)	

福島県・福島県立医科大学

これからの全ての質問は平成 28 年 8 月 1 日～平成 29 年 7 月 31 日に母子手帳を交付された方にお尋ねしています。必要事項をご記入いただき、あてはまる□に✓をつけてください。

ご記入日： 平成 年 月 日	回答者： 1 <input type="checkbox"/> 本人 2 <input type="checkbox"/> 代理（続柄）
-------------------	---

問1. 母子手帳の交付年月日、交付市区町村名をご記入ください。

平成 年 月 日 母子手帳交付： _____ 市・区
町・村

問2. あなたはふだんご自分で健康だと思いますか？(✓はひとつ)

1 <input type="checkbox"/> 非常に健康だと思う	2 <input type="checkbox"/> まあ健康な方だと思う
3 <input type="checkbox"/> あまり健康ではない	4 <input type="checkbox"/> 健康ではない

問3. 今回の妊娠・分娩全般に関して十分にケアが受けられたと思いますか？(✓はひとつ)

1 <input type="checkbox"/> とてもそう思う	2 <input type="checkbox"/> そう思う	
3 <input type="checkbox"/> どちらともいえない	4 <input type="checkbox"/> そう思わない	5 <input type="checkbox"/> 全くそう思わない

問4. 1) ここ最近 1 ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	---------

2) ここ最近 1 ヶ月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは、心から楽しめない感じがよくありましたか？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	---------

問5. 現在避難生活をしていますか？(✓はひとつ)

1 <input type="checkbox"/> 現在避難中で仮設住宅で生活している
2 <input type="checkbox"/> 現在避難中で仮設住宅以外の場所で生活している
3 <input type="checkbox"/> 避難生活をしてきた時期があるが現在は自宅で生活している
4 <input type="checkbox"/> 避難していたことはない

「1」または「2」と答えた方のみにお尋ねいたします。

避難生活のため、もともと同居していた家族と離れて生活していますか？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	---------

「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。家族とコミュニケーションがとれていますか？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	3 <input type="checkbox"/> どちらともいえない	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------

問6. ふだん、どなたと同居していますか？(里帰り中の方は、ふだんの状況で選んでください)

当てはまるすべての□に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

<input type="checkbox"/> 1 一人暮らし(同居している人はいない)	<input type="checkbox"/> 3 子ども(今回出産された子どもを含む)
<input type="checkbox"/> 2 夫またはパートナー	<input type="checkbox"/> 5 その他(具体的に:)
<input type="checkbox"/> 4 義理または実父母	

問7. 喫煙についてお尋ねします。あなたご自身の喫煙についてお答えください。

1) 今回の妊娠届を出すまでに、あなたはタバコを吸っていましたか？(✓はひとつ)

<input type="checkbox"/> 1 吸ったことはない	<input type="checkbox"/> 2 今回の妊娠に気づく前に止めた
<input type="checkbox"/> 3 今回の妊娠に気づいて止めた	<input type="checkbox"/> 4 吸っていた

2) 今回の妊娠期間中、あなたはタバコを吸っていましたか？

<input type="checkbox"/> 1 吸っていなかった	<input type="checkbox"/> 2 吸っていた (✓はひとつ)
-------------------------------------	--

3) 現在、あなたはタバコを吸っていますか？

<input type="checkbox"/> 1 吸っていない	<input type="checkbox"/> 2 吸っている (✓はひとつ)
-----------------------------------	--

問8. 今回の調査対象となる(平成28年8月1日から平成29年7月31日の期間に母子手帳の交付を受けた)

分娩(出産・死産を含む)は、一人(単胎)ですか？二人(ふたご)ですか？

<input type="checkbox"/> 1 一人(単胎)	<input type="checkbox"/> 2 二人(ふたご) (✓はひとつ)
-----------------------------------	--

問9. 今回の調査対象の妊娠についてお答えください。

妊娠様式	<input type="checkbox"/> 1 自然妊娠	<input type="checkbox"/> 2 排卵誘発	<input type="checkbox"/> 3 人工授精	<input type="checkbox"/> 4 体外受精
------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

分娩予定日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

妊娠結果	妊娠終了時の年月日	妊娠期間(妊娠週数)
<input type="checkbox"/> 1 出産 <input type="checkbox"/> 2 流産 <input type="checkbox"/> 3 中絶 <input type="checkbox"/> 4 死産	平成 年 月 日	() 週

ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 1 出産 <input type="checkbox"/> 2 流産 <input type="checkbox"/> 3 中絶 <input type="checkbox"/> 4 死産	平成 年 月 日	() 週
---	----------	-------

この期間内に母子手帳を複数回交付された方は、別途、調査票をお送りさせていただきますので、妊産婦専用ダイヤル(024-549-5180 平日 9:00~17:00)へご連絡ください。

(参考1) 妊娠1か月：妊娠0週～妊娠3週
 妊娠2か月：妊娠4週～妊娠7週
 妊娠3か月：妊娠8週～妊娠11週
 妊娠4か月：妊娠12週～妊娠15週
 妊娠5か月：妊娠16週～妊娠19週
 妊娠6か月：妊娠20週～妊娠23週
 妊娠7か月：妊娠24週～妊娠27週
 妊娠8か月：妊娠28週～妊娠31週
 妊娠9か月：妊娠32週～妊娠35週
 妊娠10か月：妊娠36週～妊娠39週
 妊娠11か月：妊娠40週～妊娠43週

(参考2) 出産：妊娠22週以降での生児の娩出
 流産：妊娠22週未満の妊娠の終了
 中絶：妊娠22週未満の人工的な妊娠の終了
 死産：妊娠22週以降での子宮内で亡くなった胎児の娩出とします。

問10. 今までの妊娠歴についてお尋ねいたします。

※問9でご回答いただいた「今回の調査対象の妊娠」は除いてお答えください。

1) 今まで流産の経験はございますか？

はい いいえ (✓はひとつ)

2) 今まで中絶の経験はございますか？

はい いいえ (✓はひとつ)

3) 今まで死産の経験はございますか？

はい いいえ (✓はひとつ)

4) 今まで出産の経験はございますか？

はい いいえ (✓はひとつ)

5) 今までふたごの出産の経験はございますか？(流産・死産を含む)

はい いいえ (✓はひとつ)

問11. あなたには、今回の妊娠前にかかったことのある病気がありましたか？

はい いいえ (✓はひとつ)

↓
「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。

以下に挙げる病名のうち、当てはまるすべての□に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

- 1 高血圧 2 糖尿病 3 高脂血症 4 がん
 5 脳の疾患(脳卒中、てんかんなど) 6 神経・筋疾患(重症筋無力症など)
 7 精神疾患(うつ病、統合失調症など) 8 甲状腺疾患
 9 心臓病(心筋梗塞・狭心症、不整脈、先天性心疾患など)
 10 呼吸器の疾患(肺炎、喘息(ぜんそく)など) 11 肝臓の病気(慢性肝炎など)
 12 腸の病気 13 膠原病(SLE(全身性エリテマトーデス)など)
 14 他のアレルギー性疾患(アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎など)
 15 感染症(結核など) 16 血液の疾患(特発性血小板減少症など)
 17 その他(具体的に:)

問12. 今回の妊娠中にあなたに告げられた病気・状態がありましたか？

はい いいえ (✓はひとつ)

↓
「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。

具体的な病気・状態について当てはまるすべての□に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

- 1 妊娠高血圧症候群 2 妊娠糖尿病 3 前置胎盤 4 切迫流産
 5 切迫早産 6 自然流産 7 早産 8 不眠、不安などの精神的問題
 9 肺炎・インフルエンザ・破傷風などの感染症 10 羊水過多
 11 羊水過少 12 血栓症(エコノミークラス症候群)・肺塞栓症
 13 脳卒中(脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血など)
 14 外傷 15 その他(具体的に:)

問15、問16は出産された方にお尋ねいたします。出産されていない方は、問17にお進みください。

問15. 育児に自信がもてないことがありますか？

はい いいえ 何ともいえない (✓はひとつ)

問16. 1か月児健診(お子様の生後1か月の発育)に関してご記入ください。(母子手帳等ご参照ください)

		ふたごの際の第2子記入欄	
(平成 年 月 日実施)		(平成 年 月 日実施)	
生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
に1か月健診を受診		に1か月健診を受診	
体重: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm

問17. 次回の妊娠・出産をお考えですか？

はい
 いいえ

「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。

次回の妊娠・出産に関する事で、あったらよいと思っているサービスなどは次のうちどれですか？当てはまるすべての口に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

(✓はひとつ)

産休・育児休暇などの充実
 保育所・延長保育・病児保育などの拡充
 育児や小児医療に関する情報やサービス
 放射線と健康リスクに関する情報
 その他 ()

「いいえ」と答えた方のみにお尋ねいたします。

その理由は次のどれに当てはまりますか？当てはまるすべての口に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

希望していない 収入が不安定なため
 家事・育児の協力者がいないため 保育所など子どもの預け先がないため
 今いる子どもに手がかかるため 避難生活をしているため
 家族と離れて生活しているため 年齢や健康上の理由のため
 放射線の影響が心配なため
 その他 ()

本調査についてのご意見、ご要望、またはご自身の体調や育児の心配ごとなどございましたら、以下の自由記載欄にご記入ください。

見

これで質問はすべて終わりです。

本調査票は、お子様の1か月児健診の結果までご記入いただいた後に、返信用封筒に入れてご提出ください。

電話やメールを通しての妊娠や子育てについてのご相談等も受け付けています。

ぜひ、ご利用ください。ご協力ありがとうございました。

【お問い合わせ先】

福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地

妊産婦専用ダイヤル

電話 : 024-549-5180

(平日 9:00~17:00)

メール : nimpu@fmu.ac.jp

78000xxxxxx

県民健康調査

県民健康調査



ふくしまから
はじめよう。

Future From Fukushima.

福島県・福島県立医科大学

未来