

# 母性相談票

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 (満 歳)
住所 九十九里町 居住が住所地外 _____	電話  *産後も連絡が可能な番号 職業 (勤務時間)

家族構成	氏名	生年月日	続柄	職業	健康状態	※保健師記入欄	
							良好・不良
							良好・不良
							良好・不良
							良好・不良
							良好・不良
							良好・不良
							良好・不良

婚姻状況にあてはまるものはどちらになりますか。	初婚      未婚      再婚
離婚後 300 日以内に該当しますか。	非該当      該当
パートナーの婚姻状況はどちらになりますか。	初婚      未婚      再婚
パートナーは今回の妊娠を喜んでくれていますか。	はい      いいえ      どちらともいえない (      )
低出生体重児 (2,500g 未満) の出産はありますか。	ない      ある (      回/      週/      g)
今回、妊娠するための治療を受けましたか。	いいえ      はい
現在のからだの状態は安定していますか。	はい      いいえ      どちらともいえない  状態：  現在治療：している・していない
現在のこころの状態は安定していますか。	はい      いいえ      どちらともいえない  状態：イライラ・眠れない・悲しい その他 (      )
過去 1 年以内に九十九里町にご転入されましたか？	いいえ      はい      転入の理由についてお伺いします。 (      )
妊娠・出産・育児等で心配なことはありますか。 心配なことがありましたら、ご記入ください。	ない      ある ・妊娠中の身体のこと ・家事や仕事、学校のこと ・夫・パートナーとの関係 ・相談者や協力者がみつからない ・育児のこと (出産後の子育ての心配) ・その他： (      )

妊娠届、母性相談票に記載いただいた内容は、母子が健やかに過ごすための支援の範囲内で、関係部署や医療機関等と情報を共有させていただく場合があります。

これは、母子保健と医療、福祉などの連携を図り、切れ目のない子育て支援を行うことを目的としたものですので、ご理解ください

年 月 日      上記 承知いたしました。      (代理人      )