

--

資料4-3

県民健康調査 妊産婦に関する調査 調査票

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。ご本人が記入できない場合には、家族の方や同居されている方がご記入ください。また、ご返送は、お子様の1か月児健診の結果までご記入いただいた後をお願い致します。

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	携帯番号
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 style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> — <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
都・道	市・区
府・県	郡
	町・区
	村
(アパート名等)	

これからの全ての質問は平成 27 年 8 月 1 日～平成 28 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27年8月1日から平成28年7月31日の期間に母子手帳の交付を受けた)妊娠についてお答えください。

以下の表の妊娠様式、妊娠の結果について、必要事項をご記入いただき当てはまる□に✓をご記入ください。

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					
妊娠の結果 (今回の対象のみ) (✓はひとつ)	分娩予定日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	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	平成	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 2 流産	平成	年	月	日	()週
	<input type="checkbox"/> 3 中絶	平成	年	月	日	()週
<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9. 分娩(出産・死産を含む)した赤ちゃんは一人(単胎)ですか?二人(ふたご)ですか?

一人(単胎) 二人(ふたご) (✓はひとつ)

問10. 今までの妊娠歴についてお尋ねいたします。

※問8でご回答いただいた「今回の調査対象となる妊娠」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13、問14は、分娩された方にお尋ねいたします。

妊娠 12 週以降(妊娠4か月以降)妊娠 22 週未満の流産・中絶された方、および妊娠 22 週以降の死産・出産を経験された方もお答えください。その他の方は、5 ページの問 17 にお進みください。

出産されていない方には、大変申し訳ございませんが、わかる範囲でご記入ください。

問13. 妊娠何週何日で分娩しましたか？

妊娠 () 週 () 日

(✓はひとつ)

<input type="checkbox"/> 自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む)	<input type="checkbox"/> 吸引・鉗子分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開で分娩
--	----------------------------------	----------------------------------

<ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。>

(✓はひとつ)

<input type="checkbox"/> 自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む)	<input type="checkbox"/> 吸引・鉗子分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開で分娩
--	----------------------------------	----------------------------------

問14. 分娩時のお子様についてご記入ください。(母子手帳等ご参照ください)

		ふたごの際の第2子記入欄	
性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
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
胸囲: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	胸囲: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
新生児仮死 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (✓はひとつ) ↓ 「あり」の場合、蘇生を (✓はひとつ) <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> わからない		新生児仮死 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (✓はひとつ) ↓ 「あり」の場合、蘇生を (✓はひとつ) <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> わからない	
先天奇形・先天異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (✓はひとつ) ↓ 「あり」の場合、詳細をご記入ください。 (✓はいくつでも)		先天奇形・先天異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (✓はひとつ) ↓ 「あり」の場合、詳細をご記入ください。 (✓はいくつでも)	
<input type="checkbox"/> 1 白内障 <input type="checkbox"/> 2 心臓奇形 <input type="checkbox"/> 3 腎臓・尿路奇形 <input type="checkbox"/> 4 二分脊椎 (背中に穴が開いている病気) <input type="checkbox"/> 5 小頭症 <input type="checkbox"/> 6 水頭症 <input type="checkbox"/> 7 口唇・口蓋裂 <input type="checkbox"/> 8 消化管 (食道・十二指腸・空腸・回腸) 閉鎖 <input type="checkbox"/> 9 鎖肛 <input type="checkbox"/> 10 多指・合指症 <input type="checkbox"/> 11 その他 ()		<input type="checkbox"/> 1 白内障 <input type="checkbox"/> 2 心臓奇形 <input type="checkbox"/> 3 腎臓・尿路奇形 <input type="checkbox"/> 4 二分脊椎 (背中に穴が開いている病気) <input type="checkbox"/> 5 小頭症 <input type="checkbox"/> 6 水頭症 <input type="checkbox"/> 7 口唇・口蓋裂 <input type="checkbox"/> 8 消化管 (食道・十二指腸・空腸・回腸) 閉鎖 <input type="checkbox"/> 9 鎖肛 <input type="checkbox"/> 10 多指・合指症 <input type="checkbox"/> 11 その他 ()	

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) 生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 に1か月健診を受診		(平成 年 月 日実施) 生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 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 → 「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。
 いいえ

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□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□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。

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 : ninpu@fmu.ac.jp



県民健康調査



Future From Fukushima.

福島県・福島県立医科大学