

平成 24 年度

県民健康管理調査 妊産婦に関する調査 調査票

資料 6

福島県では、福島県立医科大学(以下、「医大」という。)を実施主体として、県民の継続的な健康管理の取り組みの一つとして、昨年度、「妊産婦に関する調査」を行いました。東日本大震災に伴う原子力災害により、今もなお、避難生活を送られ、生活習慣の変化からのストレスや、放射線への心配ごとをお持ちの方も多く、福島県で子どもを産み育てようとする妊産婦の方々が様々な心配ごとを抱えている現状が浮きぼりになりました。

こうした中、医大では、昨年に引き続き調査を行うことにより、福島県で子供を産み育てようとする妊産婦の方々の現状や意見・要望等を的確に把握し、今後の福島県の母児支援体制に反映し、福島県内で新しくお母さんになられる方のために、よりよい産科医療及び母児支援を提供できるように生かしていきたいと考えております。

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もございます。

この調査票は、福島県各市町村の母子健康手帳の交付資料に基づき、平成23年8月1日から平成24年7月31日までに母子健康手帳を交付された方、ならびに同期間内に福島県外の市区町村から母子健康手帳を交付された方であっても、福島県内に転入または滞在して福島県内で妊婦健診を受けたり、分娩した方(いわゆる里帰りをした方)を対象に配付しております。本調査票に記載された個人情報は、健康管理のため、県において使用するほか、お住まいの市町村には求めに応じて情報提供させていただきます。また、調査結果は、集計、分析された形で公表することとし、個人が特定される形で公表することはありません。

なお、本調査票は、ご本人がご記入ください。ご自分で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、ご返送に関しましては、お子様の1ヶ月健診の結果までご記入いただいた後にご返送くださるようお願い致します。

本調査についてご不明な点などございましたら、巻末のお問い合わせ先までご連絡ください。

福 島 県
福島県立医科大学

以下の欄に、必要事項をご記入いただき、
当てはまる口に✓をご記入ください。

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 _____）
ふりがな ご本人氏名： _____	
生年月日：1 <input type="checkbox"/> 昭和 2 <input type="checkbox"/> 平成 _____年____月____日	
連絡先 ※記入漏れなどの確認のために、調査担当者が直接お尋ねすることがあり、その際に必要となります。 電話番号：（_____） _____－_____（_____様方） 携帯番号： _____－_____－_____	
本調査送付時の登録住所に変更があった方、またはその予定のある方で住所変更をご希望される方はご記入ください。 ※本調査は母子健康手帳交付の際に登録された住所をもとに発送しております。 （新住所） 〒 _____	

上記、ご記入の後、次ページからの質問にご回答ください。

《これからの全ての質問は平成 23 年 8 月 1 日以降平成 24 年 7 月 31 日までに母子健康手帳(以下母子手帳)を交付された女性にのみお聞きするものです。》

問1. 母子手帳の交付年月日、交付市町村名をご記入ください。

平成 年 月 日

交付市町村名： _____

問2. あなたはふだんご自分で健康だと思いますか？

- 1 非常に健康だと思う
- 2 まあ健康な方だと思う
- 3 あまり健康ではない
- 4 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？

- 1 とてもそう思う
- 2 そう思う
- 3 どちらともいえない
- 4 そう思わない
- 5 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 はい
- 2 いいえ

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 はい
- 2 いいえ

問5. 現在避難生活をしていますか？

- ₁ 現在避難中で仮設住宅で生活している
- ₂ 現在避難中で仮設住宅以外の場所で生活している。
- ₃ 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 避難していたことはない

問6. 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 はい
- ₂ いいえ



「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 はい
- ₂ いいえ
- ₃ どちらともいえない

問7. 現在どなたと同居していますか？当てはまるすべてのに✓をご記入ください。

- ₁ 一人暮らし
- ₂ 夫またはパートナー
- ₃ 子ども
- ₄ 義理または実父母
- ₅ その他（具体的に： _____)

問8. 今回の妊娠・出産についてお尋ねいたします。

今までの出産回数、妊娠回数、自然流産回数、人工妊娠中絶回数、死産回数を教えてください。
なしの場合は「0」とご記入ください。

今回 回めの妊娠で

今まで（今回妊娠を除き）

回出産 回自然流産 回人工妊娠中絶 回死産

(参考1)

妊娠1ヶ月:妊娠0週～妊娠3週
妊娠2ヶ月:妊娠4週～妊娠7週
妊娠3ヶ月:妊娠8週～妊娠11週
妊娠4ヶ月:妊娠12週～妊娠15週
妊娠5ヶ月:妊娠16週～妊娠19週
妊娠6ヶ月:妊娠20週～妊娠23週
妊娠7ヶ月:妊娠24週～妊娠27週
妊娠8ヶ月:妊娠28週～妊娠31週
妊娠9ヶ月:妊娠32週～妊娠35週
妊娠10ヶ月:妊娠36週～妊娠39週
妊娠11ヶ月: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
自然流産:妊娠22週未満の妊娠の終了
人工妊娠中絶: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. おなかの赤ちゃん(分娩(出産・死産を含む)した赤ちゃん)は

- ₁ 一人(単胎) ₂ 二人(ふたご)

問11. **今回の**妊婦健康診査(以下妊婦健診)の受診状況についてお答えください。

当初より妊婦健診・分娩を予定していた施設でその後も妊婦健診・分娩を継続しましたか？

- ₁ はい ₂ いいえ



「いいえ」と答えた方のみに伺います。次のどれに当てはまりますか(一つ選択)。

- ₁ 自分で県内別施設に変更した
₂ 自分で県外別施設に変更した
₃ 医学的理由により県内別施設へ移動を指示(または搬送)された
₄ 医学的理由により県外別施設へ移動を指示(または搬送)された

問12. 今回の妊婦健診が予定通り受診できましたか？

- ₁ はい ₂ いいえ



「いいえ」と答えた方のみにお尋ねいたします。次のどちらに当てはまりますか。

- ₁ 予定通りに受診できなかったため、妊娠経過に問題が生じた
₂ 予定通りに受診できなかったが、妊娠経過に問題はなかった

問14. あなたには今回の妊娠中に告げられた病気・状態がありましたか？

はい いいえ

「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。

具体的な病気・状態を教えてください。(当てはまるすべてのに✓をご記入ください)。

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

問15. 問13～14で**病気が「はい」と答えた方のみ**にお尋ねいたします。

その病気・状態に関するケアは十分に受けられたと思いますか？

とてもそう思う
 そう思う
 どちらともいえない
 そう思わない
 全くそう思わない

《以下の問16～18は、妊娠 **12 週**以降(妊娠4ヶ月以降)の分娩をされた方(満期または早産で分娩された方、妊娠 22 週未満の自然流産・人工妊娠中絶された方、および妊娠 22 週以降の死産・出産を経験された方)にお尋ねするものです。あなた自身、ならびにお子様に関してお尋ねいたします。母子手帳などを参照のうえ、該当する部分をわかる範囲でご記入ください。》
その他の方は 13 ページの自由記載欄にお進みください。

問16. おなかの赤ちゃんは分娩時にどのような格好でしたか？

- ₁ 頭位 (頭から分娩) ₂ 骨盤位 (さかご) ₃ その他 ₄ 不明

<ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。>

- ₁ 頭位 (頭から分娩) ₂ 骨盤位 (さかご) ₃ その他 ₄ 不明

問17. 妊娠何週何日で分娩しましたか？

妊娠 () 週 () 日

- ₁ 自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む) ₂ 吸引・鉗子分娩 ₃ 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。>

- ₁ 自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む) ₂ 吸引・鉗子分娩 ₃ 帝王切開で分娩

問18. 分娩時のお子様についてご記入下さい。また、出産状況についてご記入ください
 (母子手帳等ご参照ください)。

<ふたごの際には産まれた順に左→右の欄をご使用ください。>

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

《以下の問は出産された方がお答えください。》

その他の方は 13 ページの自由記載欄にお進みください。

問19. 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

問20. これまで(離乳食をはじめるまで)の間、お子さんの栄養方法は？

母乳のみ ミルクと母乳の混合 ミルクのみ

1) ミルクをお使いの(お使いだった)方にお尋ねいたします。ミルクを使った理由は何ですか？

母乳不足のため
 放射線の母乳への影響が心配なため
 その他 (具体的な理由：)

2) ミルクの作成に使っている(使った)水は、次のうちどれですか？

水道水 市販されている水 その他 ()

問21. 1ヶ月健診に関してご記入ください。

お子様の発育はどうでしたか？(母子手帳等ご参照ください)

<ふたごの際には産まれた順に左→右の欄をご使用ください。>

		ふたごの際の第2子記入欄	
(平成 年 月 日実施) 生後 <input type="text"/> ヶ月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 に1ヶ月健診を受診		(平成 年 月 日実施) 生後 <input type="text"/> ヶ月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 に1ヶ月健診を受診	
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
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
栄養状態は 1 <input type="checkbox"/> 良好 2 <input type="checkbox"/> 要指導 3 <input type="checkbox"/> 不良		栄養状態は 1 <input type="checkbox"/> 良好 2 <input type="checkbox"/> 要指導 3 <input type="checkbox"/> 不良	

福島県では、将来にわたる県民の皆様の健康管理を目的とした「県民健康管理調査」を実施しています。基本調査問診票はご提出されましたでしょうか？

(当設問の「はい」、「いいえ」いずれかの返答がこの調査においてあなたの不利益になる事はありません)

はい いいえ



「いいえ」と答えた方のみにお尋ねいたします。

基本調査問診票を再送付してもよろしいでしょうか？

はい いいえ

これで質問はすべて終わりです。本調査票はお子様の1ヶ月健診の結果(問 21)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。

ご協力ありがとうございました。

〔お問い合わせ先〕

○「妊産婦に関する調査」専用お問合せ先

福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター

電話番号 024-549-5180 (9:00~17:00 (12/29~1/3、土日祝日を除く))



県民健康管理調査



Future From Fukushima.

福島県・福島県立医科大学