

平成 26 年度

県民健康調査

妊産婦に関する調査 調査票（案）

＜調査の目的＞福島県では、福島県立医科大学を実施主体として、この調査を実施しています。妊産婦の皆さまのからだやこころの健康状態を把握し、不安の軽減や必要なケアを提供するとともに、今後の福島県内の産科・周産期医療の充実へつなげていくことを目的としています。

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。また、メールや電話での妊娠や子育てについてのご相談等も受け付けております。

＜調査の対象者＞福島県各市町村の母子健康手帳（以下、母子手帳）の交付資料に基づき、平成25年8月1日から平成26年7月31日までに母子手帳を交付された方を対象にお送りしております。

また、同期間内に福島県外の市区町村から母子手帳を交付された方で、福島県内で分娩した方（いわゆる里帰りをした方）を対象に、県内産科医療機関を通じ、本調査へのご協力をお願いしております。

＜個人情報の取り扱いについて＞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。

＜記入・返送について＞本調査票は、ご本人がご記入ください。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、ご返送に関しましては、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、住所変更を希望される方はご記入ください。 ※本調査は、母子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) 〒 | |
| ※福島県内の医療機関からこの調査票を配布された方も、こちらへ住所をご記入ください。 調査結果のご報告等をさせていただく場合に使用させていただきます。 | |

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25年8月1日～平成26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、あてはまる口に✓をつけてください。

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 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？(✓はひとつ)

- 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？

(✓はひとつ)

- 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？(✓はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問5. 現在避難生活をしていますか？(✓はひとつ)

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

「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？(✓はひとつ)

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？

(✓はひとつ)

1 はい 2 いいえ 3 どちらともいえない

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)

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

問7. 喫煙についておたずねします。

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)

1 吸ったことはない 2 今回の妊娠に気づく前に止めた
 3 今回の妊娠に気づいて止めた 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？(✓はひとつ)

1 吸っていなかった 2 吸っていた

3) 現在、あなたはタバコを吸っていますか？(✓はひとつ)

1 吸っていない 2 吸っている

問8. 今回の調査対象となる妊娠についてお答えください。(平成25年8月1日から平成26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のみお答えください)

※平成25年8月1日から平成26年7月31日の期間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、巻末のお問い合わせ先までご連絡ください。

以下の表に、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 | 1 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 | | 2 <input type="checkbox"/> 排卵誘発 | |
| | 3 <input type="checkbox"/> 人工授精 | | 4 <input type="checkbox"/> 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) |
| | 1 <input type="checkbox"/> 出産 | 平成 年 月 日 | | / |
| | 2 <input type="checkbox"/> 流産 | 平成 年 月 日 | | ()週 |
| | 3 <input type="checkbox"/> 中絶 | 平成 年 月 日 | | ()週 |
| | 4 <input type="checkbox"/> 死産 | 平成 年 月 日 | | ()週 |

(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

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？(✓はひとつ)

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 一人(単胎) | 2 <input type="checkbox"/> 二人(ふたご) |
|-----------------------------------|------------------------------------|

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」は除いて当てはまる□に✓をご記入ください。

1) 今まで流産の経験はございますか？(✓はひとつ)

1 はい 2 いいえ

2) 今まで中絶の経験はございますか？(✓はひとつ)

1 はい 2 いいえ

3) 今まで死産の経験はございますか？(✓はひとつ)

1 はい 2 いいえ

4) 今まで出産の経験はございますか？(✓はひとつ)

1 はい 2 いいえ

5) 今までふたごの出産(流産・死産を含む)の経験はございますか？(✓はひとつ)

1 はい 2 いいえ

(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？(✓はひとつ)

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。

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



✓をつけた□に関して、より具体的に病名をご記入ください。

()

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 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(✓はひとつ) ↓「あり」の場合、蘇生を(✓はひとつ) 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(✓はひとつ) ↓「あり」の場合、蘇生を(✓はひとつ) 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・先天異常 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <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) 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・先天異常 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <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) 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 () | |

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？(✓はひとつ)

1 はい 2 いいえ 3 何ともいえない

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="checkbox"/> か月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 に1か月健診を受診 | | (平成 年 月 日実施) 生後 <input type="checkbox"/> か月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 に1か月健診を受診 | |
| 体重 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g | 身長 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> cm | 体重 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g | 身長 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> cm |

問17. 福島県で次回の妊娠・出産をお考えですか？(✓はひとつ)

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。
次回の妊娠・出産に関することで、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)

1 産休・育児休暇などの充実
2 保育所・延長保育・病児保育などの拡充
3 育児や小児医療に関する情報やサービス
4 放射線と健康リスクに関する情報
5 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)

1 希望していない 2 収入が不安定なため
3 家事・育児の協力者がいないため 4 保育所など子どもの預け先がないため
5 今いる子どもに手がかかるため 6 避難生活をしているため
7 家族と離れて生活しているため 8 年齢や健康上の理由のため
9 放射線の影響が心配なため
10 その他 ()

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。

「基本調査」は、原発事故4か月間に福島県内に居住(滞在)されていた全県民の皆さまを対象に実施しています。

「基本調査問診票」は、各個人が受けた外部被ばく線量を推計する唯一の方法であり、皆様方の健康を長期にわたり見守るための基礎資料となる大切なものです。(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 (✓はひとつ)

↓
「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 (✓はひとつ)

基本調査問診票についての問い合わせは福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター 妊産婦専用ダイヤル 024-549-5180 へご連絡下さい。

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。

この調査では、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。

また、メールや電話で妊娠や子育てについてのご相談等も受け付けております。

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】

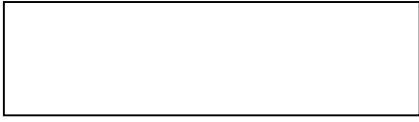
福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地

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



福島県・福島県立医科大学