

初診時 アンケート

アンケートの記載をお願いしています。今日の時点について、お答えください。

市町村名 () 母子手帳番号()

診察券番号() 名前 ()

| | | 記載日: 20 年 月 日 妊娠週数:()週 | | |
|----|---------------------------------|-------------------------|---------------|------------------------|
| 1 | 年齢はいくつですか? | 25歳以上 { 歳 } | 20 ~24歳 (歳) | 19歳以下 (歳) |
| 2 | 今回の妊娠がわかったとき、どんな気持ちでしたか? | うれしかった | 予想外だが、うれしかった | 予想外でとまどった、困った、なんとも思わない |
| 3 | 精神疾患の既往がありますか? | ない | 以前にあった病名() | 現在、通院している病名() |
| 4 | 対人関係でうまくいかなくなってトラブルになることはありますか? | ほとんどない | ときどきある | よくある |
| 5 | 経済的なゆとりはありますか? | ある | あまりない | ほとんどない |
| 6 | 生活の場所は一定していますか? | はい | ときどき変わる | よく変わる |
| 7 | 本当に困ったときに相談できる人はいますか? | 何人かいる | 一人いる | 一人もいない |
| 8 | 自分の親との関係に満足していますか? | 満足している | あまり満足していない | まったく満足していない |
| 9 | パートナーとよくケンカしますか? | しない | ときどきする | よくする |
| 10 | あなたの学歴を教えてください。 | 大学・短期大学・専門学校・高校・中学 | | |

アンケートの回答をありがとうございました。この回答結果を参考に、安心な妊娠生活が過ごせるように支援をさせていただきます。

初診時 アンケート スコア計算表

アンケートの記載をお願いしています。今日の時点について、お答えください。

診察券番号 ()

名前 ()

SLIMスコア

点

※ 0~4点:低群、5~10点:中群、11点以上:高群

| | | 記載日: 20 年 月 日 妊娠週数: { } 週 | | |
|----|---------------------------------|----------------------------|-----------------|------------------------|
| 1 | 年齢はいくつですか? | 25歳以上 { 歳) | 20 ~24歳 (歳) | 19歳以下 (歳) |
| | | 0点 | 1点 | 2点 |
| 2 | 今回 の妊娠がわかったとき、どんな気持ちでしたか? | うれしかった | 予想外だが、うれしかった | 予想外でとまどった、困った、なんとも思わない |
| | | 0点 | 2点 | 4点 |
| 3 | 精神疾患の既往がありますか? | ない | 以前にあった 病名() | 現在、通院している 病名() |
| | | 0点 | 2点 | 4点 |
| 4 | 対人関係でうまくいかなくなってトラブルになることはありますか? | ほとんどない | ときどきある | よくある |
| | | 0点 | 3点 | 6点 |
| 5 | 経済的なゆとりはありますか? | ある | あまりない | ほとんどない |
| | | 0点 | 2点 | 4点 |
| 6 | 生活の場所は一定していますか? | はい | ときどき変わる | よく変わる |
| | | 0点 | 2点 | 4点 |
| 7 | 本当に困ったときに相談できる人はいますか? | 何人かいる | 一人いる | 一人もいない |
| | | 0点 | 3点 | 6点 |
| 8 | 自分の親との関係に満足していますか? | 満足している | あまり満足していない | まったく満足していない |
| | | 0点 | 2点 | 4点 |
| 9 | パートナーとよくケンカしますか? | しない | ときどきする | よくする |
| | | 0点 | 2点 | 4点 |
| 10 | あなたの最終学歴を教えてください。丸をつけてください。 | 大学 ・ 短期大学 ・ 専門学校 ・ 高校 ・ 中学 | | |

母子保健指導記録表

診察券番号 ()

名前 ()

SLIMスコア ()点

| | | | | |
|---|------|----------------------------------|------|-------|
| 1 | 日付 | () | 妊娠週数 | () 週 |
| | 開始時間 | () 時 () 分 | | |
| | 終了時間 | () 時 () 分 | | |
| | 担当職種 | (看護師、助産師、ケースワーカー、保健師) その他 () | | |
| | 担当人数 | () 人 | | |
| | 相談内容 | () | | |
| 2 | 日付 | () | 妊娠週数 | () 週 |
| | 開始時間 | () 時 () 分 | | |
| | 終了時間 | () 時 () 分 | | |
| | 担当職種 | (看護師、助産師、ケースワーカー、保健師) その他 () | | |
| | 担当人数 | () 人 | | |
| | 相談内容 | () | | |
| 3 | 日付 | () | 妊娠週数 | () 週 |
| | 開始時間 | () 時 () 分 | | |
| | 終了時間 | () 時 () 分 | | |
| | 担当職種 | (看護師、助産師、ケースワーカー、保健師) その他 () | | |
| | 担当人数 | () 人 | | |
| | 相談内容 | () | | |
| 4 | 日付 | () | 妊娠週数 | () 週 |
| | 開始時間 | () 時 () 分 | | |
| | 終了時間 | () 時 () 分 | | |
| | 担当職種 | (看護師、助産師、ケースワーカー、保健師) その他 () | | |
| | 担当人数 | () 人 | | |
| | 相談内容 | () | | |
| 5 | 日付 | () | 妊娠週数 | () 週 |
| | 開始時間 | () 時 () 分 | | |
| | 終了時間 | () 時 () 分 | | |
| | 担当職種 | (看護師、助産師、ケースワーカー、保健師) その他 () | | |
| | 担当人数 | () 人 | | |
| | 相談内容 | () | | |

カンファレンス記録表

診察券番号 ()

名前 ()

SLIMスコア () 点

| | | |
|---|--|-------------|
| 1 | 日付 () | 妊娠週数 () 週 |
| | 開始時間 () 時 () 分 | |
| | 終了時間 () 時 () 分 | |
| | 担当職種 (看護師、助産師、ケースワーカー、保健センター、福祉部、児童相談所) その他 () | |
| | 出席人数 () 人 | 準備記録表 () 枚 |
| | 協議内容 () | |
| 2 | 日付 () | 妊娠週数 () 週 |
| | 開始時間 () 時 () 分 | |
| | 終了時間 () 時 () 分 | |
| | 担当職種 (看護師、助産師、ケースワーカー、保健センター、福祉部、児童相談所) その他 () | |
| | 出席人数 () 人 | 準備記録表 () 枚 |
| | 協議内容 () | |
| 3 | 日付 () | 妊娠週数 () 週 |
| | 開始時間 () 時 () 分 | |
| | 終了時間 () 時 () 分 | |
| | 担当職種 (看護師、助産師、ケースワーカー、保健センター、福祉部、児童相談所) その他 () | |
| | 出席人数 () 人 | 準備記録表 () 枚 |
| | 協議内容 () | |
| 4 | 日付 () | 妊娠週数 () 週 |
| | 開始時間 () 時 () 分 | |
| | 終了時間 () 時 () 分 | |
| | 担当職種 (看護師、助産師、ケースワーカー、保健センター、福祉部、児童相談所) その他 () | |
| | 出席人数 () 人 | 準備記録表 () 枚 |
| | 協議内容 () | |
| 5 | 日付 () | 妊娠週数 () 週 |
| | 開始時間 () 時 () 分 | |
| | 終了時間 () 時 () 分 | |
| | 担当職種 (看護師、助産師、ケースワーカー、保健センター、福祉部、児童相談所) その他 () | |
| | 出席人数 () 人 | 準備記録表 () 枚 |
| | 協議内容 () | |
| 6 | 日付 () | 妊娠週数 () 週 |
| | 開始時間 () 時 () 分 | |
| | 終了時間 () 時 () 分 | |
| | 担当職種 (看護師、助産師、ケースワーカー、保健センター、福祉部、児童相談所) その他 () | |
| | 出席人数 () 人 | 準備記録表 () 枚 |
| | 協議内容 () | |

事前準備 記録表

妊婦の名前 (_____)

カンファレンス開催日 (_____)

本カンファレンスにあたり、以下のアンケートにお答え下さい。

1. 貴方の職種について、下記より選んで下さい。

(看護師、助産師、ケースワーカー、保健センター、福祉部、児童相談所)

その他 (_____)

2. 本カンファレンスにあたり、事前に必要になった労力についてお答え下さい。

・調整時間 (_____) 分

会議の設定にあたり、出席者の時間調整に要した時間

・資料作成時間 (_____) 分

会議のために準備した資料の作成時間

・移動時間 (_____) 分

会議会場への往復の移動時間

・その他

(_____) (_____) 分

上記以外に、会議のために必要となった労力時間

アンケートは以上です。ご協力をありがとうございました。

周産期の情報

診察券番号 (_____)

名前 (_____)

SLIMスコア (_____) 点

| | | |
|---------------------|---|----------------|
| 初診時妊娠週数 | 妊娠 { _____ } 週 | |
| 胎児数 | 単胎 ・ 双胎 ・ 品胎 | |
| 妊娠分娩歴 (今回の妊娠を含む) | 妊娠 (_____) 回 分娩 (_____) 回 死産 (_____) 回 流産 (_____) 回 中絶 (_____) 回 | |
| 母体の国籍 | 日本 | それ以外 (_____) |
| 妊娠合併症 | <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 前期破水(37週未満) <input type="checkbox"/> 前置・低置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎児発育不 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |
| 母体合併症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病(妊娠糖尿病を含む) <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 悪性疾患 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |
| 胎児疾患の指摘 | なし | あり (_____) |
| 分娩週数 | 妊娠 { _____ } 週 | |
| 分娩方法 | <input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定) <input type="checkbox"/> 帝王切開(緊急) <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |
| 分娩時合併症 | <input type="checkbox"/> 分娩時異常出血 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 子癇発作 <input type="checkbox"/> 子宮破裂 <input type="checkbox"/> 子宮内反症 <input type="checkbox"/> 癒着胎盤 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |
| 児の異常 | なし | あり (_____) |
| NICU入院 | なし | あり (_____) |