

初診時 アンケート ver2

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。