

参考資料①

妊娠届出書

刈谷 市長殿

届出年月日 年 月 日
 母子健康手帳番号
 受診券番号

妊婦氏名 (ふりがな)	①既婚 ②未婚(入籍予定あり・なし)	生年月日 年 月 日	年齢	職業
夫氏名 (パートナー)		生年月日 年 月 日	年齢	職業
居住地	(〒)	電話 携帯電話	() ()	高校卒業: した・しない
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	初診年月日	平成 年 月 日	妊娠週数	満 週 (か月)
	分娩予定日	平成 年 月 日	性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない
	特記事項	①単胎 ②多胎 (胎)	結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない
	医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師氏名		健康保険の種別	①社保 ②国保 ③いずれでもない

*あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ (理由)
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産(出産回数 回)
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	①なし ②あり(流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)
4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①はい ②いいえ
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他(内容:)
6 里帰りの予定はありますか。	①はい ②いいえ
7 困った時に助けてくれる人はいますか。	①はい (人) ②いいえ
8 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり⇒⑦妊娠・出産について ⑧経済的なこと ⑨自分の身体のこと ⑩夫婦(パートナー)関係のこと ⑪家族関係のこと ⑫育児の仕方 ⑬その他()
9 現在、あなたはタバコを吸いますか。	①はい (本/日) ②妊娠してやめた ③いいえ
10 現在、夫(パートナー)や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①はい ②いいえ
11 現在、アルコールを飲みますか。	①はい (回/週) ②いいえ
12 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	①なし ②あり⇒病名: 心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ こころの病気(うつ病など)・その他() それはいつ頃ですか: (年頃)・現在治療中
13 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	①はい ②いいえ

◎この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外にお住まいの市町村や愛知県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや愛知県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する場合があります。
 ◎この届出書について、保健師等からご様子をうかがう場合があります。

★裏面に母子健康手帳交付のご案内の説明がありますのでお読みください。

健康課 記入欄	届出時週数	赤ちゃん訪問
世帯コード:	交付者サイン:	同意: 有・無
母コード:	ピンク(か月後TEL)・他	連絡先: 自宅・携帯

参考資料②



妊娠おめでとうございます。

刈谷市保健センターでは、あなたの妊娠中のお気持ちやご家族についてお伺いし、ママになるあなたへ支援ができるよう一緒に考えていきたいと思っております。支援をより良いものとするため、アンケートにご協力をお願いいたします。

※ () 内には具体的な内容をお書きください。

氏名: _____

①大げ笑顔

②笑顔

③うつ顔

④くもり顔

⑤泣き顔



- 1 現在のあなたの気持ちに近いお顔はどれですか。
- 2 現在の体調はいかがですか？
①良好 ②やや良好 ③やや不良 ④不良 (どのようなか)
- 3 赤ちゃんが生まれてくることは、楽しみですか
①楽しみ ②どちらかといえば楽しみ ③どちらかといえば楽しみでない ④楽しみでない
- 4 夫やパートナー、他のご家族は今回の妊娠を喜んでくれていますか？
①はい ②いいえ
- 5 妊娠のことやこれからの生活や育児について、相談できる人・協力してくれる人はいますか？
①はい…誰ですか？ () ②いいえ
- 6 ご家族のことを教えてください (当てはまるものを全てに○をつけてください)。
①みんな健康 ②介護が必要な家族がいる ③夫婦関係に悩みがある
④家族のことで心配なことがある (誰ですか？…)
- 7 「家族計画」(年齢・経済状況・健康などを考えて出産を計画すること)についてご夫婦で話し合ったことがありますか？
①はい ②いいえ
- 8 産婦の方にお伺いします。前回の出産後の体調やお気持ちはいかがでしたか？(当てはまるものを全てに○をつけてください)
体調 : ①問題なし ②異常があった () ③辛かった
気持ち : ①問題なし ②落ち込んだ ③涙もろくなった ④何もやる気になれなかった
上のお子さんのお名前と生年月日
()
- 9 相談したいこと、ご希望がありましたらお書きください。
()

刈谷市では、妊婦さんに向けて、電話相談・助産師等を実施しています。
その他、妊婦さんに向けた事業の紹介のため、子育て支援センターや育児ママ訪問サポート事務局より、お電話する場合があります。ご協力ありがとうございました。

日付:

氏名:

母子健康手帳交付面接時聞き取り調査票

妊婦さん全員が対象です

追加がある場合は「項目」の欄に記入してください。

当てはまる項目の右側「点数」欄に0~2の点数を記入してください。(太字は2点)

合計点の記入をしてください。

項目	点数
① 結婚していない(未婚・離婚)、別居している	①
② 母の年齢(19歳以下)	②
③ パートナー(一人親は本人に)決まった仕事がない	③
④ 経済的に困っている	④
⑤ 高校を卒業していない(父・母)	⑤
⑥ 緊急時に連絡する人がいない(家族や身近に支援がない)	⑥
⑦ 過去にタバコを吸っていた または 現在、タバコ、お酒、(薬物)に依存している	⑦
⑧ 最初の妊婦健診が、妊娠8か月(20週)以降だった	⑧
⑨ 今までに、2回以上中絶したことがある	⑨
⑩ 心療内科や精神科での既往歴がある	⑩
⑪ 望んだ妊娠ではなかった(現在も妊娠継続を望んでいない)	⑪
⑫ 夫婦関係の問題がある(DVなど)	⑫
⑬ ここ1年間に、うつ状態が2週間以上続いたことがある(不眠、イライラする、涙ぐみやすい、何もやる気がしない、食欲不振、精神症状があるなど)	⑬
⑭ 母は日本語が理解できない外国人である	⑭
⑮ その他 該当あれば「○」をつけてください。 多胎児・ステップファミリー・出産後の育児不安など 母の体調不安・母の疾患・家庭環境・死産経験あり・高齢出産 SIDS経験あり・母の表情が悪い その他気になることがある	⑮

合計点

母子健康手帳交付時のスクリーニングの状況（平成25年4月から12月）

参考資料⑤

母子健康手帳 交付数	アセスメント 月	アセスメント対象者点数別一覧																					
		全体		1点		2点		3点		4点		5点		6点		7点		8点		9点		10点	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
76	4月	31	40.8%	17	22.4%	7	9.2%	4	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	1	1.3%	1	1.3%	0	0.0%
180	5月	66	36.7%	36	20.0%	16	8.9%	8	4.4%	4	2.2%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%
145	6月	58	40.0%	33	22.8%	11	7.6%	4	2.8%	5	3.4%	2	1.4%	2	1.4%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
141	7月	60	42.6%	31	22.0%	9	6.4%	8	5.7%	2	1.4%	3	2.1%	1	0.7%	4	2.8%	1	0.7%	1	0.7%	0	0.0%
150	8月	68	45.3%	36	24.0%	11	7.3%	6	4.0%	5	3.3%	4	2.7%	3	2.0%	2	1.3%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%
109	9月	41	37.6%	21	19.3%	11	10.1%	3	2.8%	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%	0	0.0%	1	0.9%	1	0.9%	0	0.0%
167	10月	71	42.5%	41	24.6%	12	7.2%	11	6.6%	2	1.2%	3	1.8%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
168	11月	58	34.5%	33	19.6%	11	6.5%	4	2.4%	5	3.0%	3	1.8%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%
142	12月	59	41.5%	32	22.5%	11	7.7%	7	4.9%	5	3.5%	1	0.7%	3	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
1,278	▲	▲	40.1%	▲	21.9%	99	7.7%	55	4.3%	30	2.3%	16	1.3%	15	1.2%	7	0.5%	4	0.3%	5	0.4%	1	0.1%

母子健康手帳交付面接時間き取り調査点数内訳 参考資料⑥

項 目	1点の延べ人数 (A)	2点の延べ人数 (B)
① 結婚していない(未婚・離婚)、別居している	122	
② 母の年齢(19歳以下)		22
③ パートナー(一人親は本人に)決まった仕事がない	20	
④ 経済的に困っている	43	
⑤ 高校を卒業していない(父・母)	109	
⑥ 緊急時に連絡する人がいない(家族や身近に支援がない)	30	
⑦ 過去にタバコを吸っていた または 現在、タバコ、お酒、(薬物)に依存している	148	44
⑧ 最初の妊婦健診が、妊娠6か月(20週)以降だった	8	
⑨ 今までに、2回以上中絶したことがある	20	
⑩ 心療内科や精神科での既往歴がある		54
⑪ 望んだ妊娠ではなかった(現在も妊娠継続を望んでいない)	8	
⑫ 夫婦関係の問題がある(DVなど)	7	
⑬ ここ1年間に、うつ状態が2週間以上続いたことがある(不眠、イライラする、涙ぐみやすい、何もやる気がしない、食欲不振、精神症状があるなど)		46
⑭ 母は日本語が理解できない外国人である	26	
⑮ その他 該当あれば「○」をつけてください。 多胎児・ステップファミリー・出産後の育児不安など 母の体調不安・母の疾患・家庭環境・死産経験あり・高齢出産 SIDS経験あり・母の事情が暗い その他気になることがある		272
計	813	166
①~⑮の計 (C)	879	
アセスメント会談対象数(D)	512	

平成 25 年度愛知県母子健康診査等専門委員会委員（五十音順・敬称略）

氏 名	所 属（ 職 種 ）
井 川 紀 世 香	豊橋市健康部保健所こども保健課（保健師）
市 川 智 子	江南保健所健康支援課（管理栄養士）
加 藤 ま り	一宮保健所健康支援課（保健師）
小 林 松 美	飛島村民生部保健福祉課（歯科衛生士）
酒 井 理 江	岡崎市保健部健康増進課（保健師）
芝 鼻 美 紀	岡崎市保健部健康増進課（歯科衛生士）
杉 浦 葉 代	知多市健康福祉部健康推進課（保健師）
千 賀 典 子	蒲郡市市民福祉部健康推進課（管理栄養士）
丹 羽 恵 子	津島保健所健康支援課（保健師）
拮 石 千 穂	知立市保険健康部健康増進課（保健師）
平 井 み どり	豊川保健所健康支援課（歯科衛生士）
山 崎 嘉 久	あいち小児保健医療総合センター（医師）
◎ 若 杉 英 志	新城保健所（医師）

◎は委員長

編集後記

平成 23 年 3 月の母子健康診査マニュアル改訂により、これまで把握できなかった多くの情報を集計できるようになりました。改訂後 2 年目となる平成 24 年度の健診情報ですが、昨年度同様市町村間の差が大きく、分析・評価しにくい状況にありました。母子健康診査等専門委員会においても、委員の皆様から御意見をいただいているところですが、現場の皆さまの意見も反映して、検討を重ねていく必要性を感じています。

編 集：愛知県母子健康診査等専門委員会

事務局：愛知県健康福祉部児童家庭課母子保健グループ（TEL052-954-6283）

愛知県健康福祉部健康対策課生活習慣病対策グループ（TEL052-954-6269）

〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 2 号

あいち小児保健医療総合センター保健センター保健室（TEL0562-43-0500）

〒474-8710 大府市森岡町尾坂田 1 番 2 号