

⑪	タバコを吸いますか	<妊婦さん> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠が分かってやめた <input type="checkbox"/> 吸う：1日 本 <その他同居している人にタバコを吸う人はいますか> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いる ()	<夫 (パートナー) > <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 吸う：1日 本 どこで： <その他同居している人にタバコを吸う人はいますか> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いる ()
⑫	妊娠されてお気持ちは	<妊婦さんのお気持ち> <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 予定外だがうれしい <input type="checkbox"/> 予定外で戸惑っている <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> なんとも思わない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他()	<夫 (パートナー) のお気持ち> <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 予定外だがうれしい <input type="checkbox"/> 予定外で戸惑っている <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> なんとも思わない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他()
⑬	こころの不調を感じた ことがありますか	<妊婦さん> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1.不眠 <input type="checkbox"/> 2.過換気 <input type="checkbox"/> 3.パニック <input type="checkbox"/> 4.うつ病 <input type="checkbox"/> 5.不安神経症 <input type="checkbox"/> 6.統合失調症 <input type="checkbox"/> 7.適応障害 <input type="checkbox"/> 8.自傷行為 <input type="checkbox"/> 9.気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 10.カウンセリングを受けた <input type="checkbox"/> 11.その他 ()	<夫 (パートナー) > <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1.不眠 <input type="checkbox"/> 2.過換気 <input type="checkbox"/> 3.パニック <input type="checkbox"/> 4.うつ病 <input type="checkbox"/> 5.不安神経症 <input type="checkbox"/> 6.統合失調症 <input type="checkbox"/> 7.適応障害 <input type="checkbox"/> 8.自傷行為 <input type="checkbox"/> 9.気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 10.カウンセリングを受けた <input type="checkbox"/> 11.その他 ()
下記に該当するものがあれば上記番号を記載してください			
		・治療済み () ・治療中 () ・経過観察中 ()	・治療済み () ・治療中 () ・経過観察中 ()
⑭	あなたは大人から愛さ れて育ったと思います か	<input type="checkbox"/> 思う <input type="checkbox"/> なんとなく思う <input type="checkbox"/> あまり思わない <input type="checkbox"/> 思わない 「あまり思わない」・「思わない」の方、それはなぜですか ※必ずしも答えていただく必要はありません <input type="checkbox"/> 叩かれた <input type="checkbox"/> 叱責された <input type="checkbox"/> 親が忙しかった <input type="checkbox"/> 親が病気だった <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑮	夫(パートナー)との関 係について	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々けんかをする <input type="checkbox"/> よくけんかをする けんかの理由：金銭面・家事・育児・その他 () けんかの様子：殴る蹴るなど暴力がある・怒鳴られる 物にあたる・恐怖心を感じる	
⑯	公的サービスについて	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 障がい等のサービス <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑰	現在、困っていること 悩んでいること、不安 なことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 健康面 <input type="checkbox"/> 体調や気持ち <input type="checkbox"/> 親族との関係 <input type="checkbox"/> 経済面 (妊娠・出産費用、生活費、失業中) <input type="checkbox"/> 上の子の育児 <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) との関係 <input type="checkbox"/> その他 ()	

ご協力ありがとうございました。

ご不明な点や心配なことがありましたら、保健センターまでご連絡ください。



