

平成29年度

県民健康調査 妊産婦に関する調査 調査票

〒123-4567

福島県福島市光が丘1

医大花子 様



オンライン用
(平成30年8月末まで)
ID:
217xxxxxxxxx
パスワード:
xxxxxxxxxx

オンライン回答サイト:<http://fukushima-mimamori.jp/17nimpu>

- ・本調査票は、福島県各市町村の母子健康手帳(以下、母子手帳)の交付資料に基づいて発送しています。
- ・設問にはお子様の生後1か月の発育についてお答えいただくものがございます。ご回答は、お子様の1か月児健診が終了してからお願いいたします。
- ・回答方法は、調査票の返送、またはオンライン回答のいずれかのご都合のよい方法をお選びください。ご本人が回答できない場合には、家族の方や同居されている方がご回答ください。
- ・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がございます。また、電話やメールを通してのご相談等も受け付けていますので、ぜひ、ご利用ください。

以下にご記入後、次のページからの質問にご回答ください。

ふりがな	生年月日
氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
TEL 例：024-549-5180	携帯番号 例：090-xxxx-xxxx
住所に変更があった方や、医療機関にて調査票を配布された方は住所のご記入をお願いします。調査結果の報告等にて使用させていただきます。	
ふりがな	
住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	都・道 市・区 町・区 府・県 郡 村
(アパート名等)	

福島県・福島県立医科大学

これからの全ての質問は平成 28 年 8 月 1 日～平成 29 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□に✓をつけてください。

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 ）
----------------------------------	--

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 <input type="checkbox"/> 非常に健康だと思う	2 <input type="checkbox"/> まあ健康な方だと思う
3 <input type="checkbox"/> あまり健康ではない	4 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> とてもそう思う	2 <input type="checkbox"/> そう思う	
3 <input type="checkbox"/> どちらともいえない	4 <input type="checkbox"/> そう思わない	5 <input type="checkbox"/> 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？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	---------

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らない、あるいは、心から楽しめない感じがよくありましたか？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	---------

問5. 現在避難生活をしていますか？(✓はひとつ)

1 <input type="checkbox"/> 現在避難中で仮設住宅で生活している
2 <input type="checkbox"/> 現在避難中で仮設住宅以外の場所で生活している
3 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	---------

「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？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	3 <input type="checkbox"/> どちらともいえない	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------

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)

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

問7. 喫煙についてお尋ねします。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)

<input type="checkbox"/> 1 吸ったことはない	<input type="checkbox"/> 2 今回の妊娠に気づく前に止めた
<input type="checkbox"/> 3 今回の妊娠に気づいて止めた	<input type="checkbox"/> 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？

<input type="checkbox"/> 1 吸っていなかった	<input type="checkbox"/> 2 吸っていた (✓はひとつ)
-------------------------------------	--

3) 現在、あなたはタバコを吸っていますか？

<input type="checkbox"/> 1 吸っていない	<input type="checkbox"/> 2 吸っている (✓はひとつ)
-----------------------------------	--

問8. 今回の調査対象となる(平成28年8月1日から平成29年7月31日の期間に母子手帳の交付を受けた)

分娩(出産・死産を含む)は、一人(単胎)ですか？二人(ふたご)ですか？

<input type="checkbox"/> 1 一人(単胎)	<input type="checkbox"/> 2 二人(ふたご) (✓はひとつ)
-----------------------------------	--

問9. 今回の調査対象の妊娠についてお答えください。

妊娠様式	<input type="checkbox"/> 1 自然妊娠	<input type="checkbox"/> 2 排卵誘発	<input type="checkbox"/> 3 人工授精	<input type="checkbox"/> 4 体外受精
分娩予定日	平成	年	月	日
妊娠結果	妊娠終了時の年月日		妊娠期間(妊娠週数)	
<input type="checkbox"/> 1 出産 <input type="checkbox"/> 2 流産 <input type="checkbox"/> 3 中絶 <input type="checkbox"/> 4 死産	平成	年	月	日 ()週

ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 1 出産 <input type="checkbox"/> 2 流産 <input type="checkbox"/> 3 中絶 <input type="checkbox"/> 4 死産	平成	年	月	日 ()週
---	----	---	---	--------

この期間内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、妊産婦専用ダイヤル(024-549-5180 平日 9:00~17:00)へご連絡ください。

(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

(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10. 今までの妊娠歴についてお尋ねいたします。

※問9でご回答いただいた「今回の調査対象の妊娠」は除いてお答えください。

1) 今まで流産の経験はございますか？

はい いいえ (✓はひとつ)

2) 今まで中絶の経験はございますか？

はい いいえ (✓はひとつ)

3) 今まで死産の経験はございますか？

はい いいえ (✓はひとつ)

4) 今まで出産の経験はございますか？

はい いいえ (✓はひとつ)

5) 今までふたごの出産の経験はございますか？(流産・死産を含む)

はい いいえ (✓はひとつ)

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？

はい いいえ (✓はひとつ)

「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 (具体的に: _____)

問12. 今回の妊娠中にあなたに告げられた病気・状態がありましたか？

はい いいえ (✓はひとつ)

「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。

具体的な病気・状態について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 妊娠高血圧症候群 2 妊娠糖尿病 3 前置胎盤 4 切迫流産
- 5 切迫早産 6 自然流産 7 早産 8 不眠、不安などの精神的問題
- 9 肺炎・インフルエンザ・破傷風などの感染症 10 羊水過多
- 11 羊水過少 12 血栓症 (エコノミークラス症候群)・肺塞栓症
- 13 脳卒中 (脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血など)
- 14 外傷 15 その他 (具体的に: _____)

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？

はい いいえ 何ともいえない (✓はひとつ)

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

問17. 次回の妊娠・出産をお考えですか？

はい
 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・出産に関する事で、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)

(✓はひとつ)

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

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

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。

電話やメールを通しての妊娠や子育てについてのご相談等も受け付けています。

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

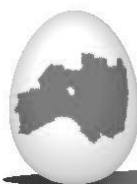
電話 : 024-549-5180

(平日 9:00~17:00)

メール : nimpu@fmu.ac.jp

78000xxxxxx

県民健康調査



ふくしまから
はじめよう。

Future From Fukushima.

福島県・福島県立医科大学

県民健康調査

「妊産婦に関する調査」についてのお知らせ



※福島県立医科大学では、妊娠の最終結果やご出産の情報を完全に入手することができないため、本調査票等が届きましたことをご不快な思いをされた方には心よりお詫び申し上げます。福島県の妊産婦の皆さんの現状把握のため、どうぞ本調査にご協力ください。

福島県
福島県立医科大学

福島県の妊産婦のみなさん、体調はいかがでしょう

福島県立医科大学では、福島県の委託を受け、県民健康調査の一環として「妊産婦に関する調査」を実施しています。妊産婦の皆さまのこころや身体の状態を把握し、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婦人科医療の充実へつなげていくことを目的としています。

調査対象となられる方

- ① 平成 28 年 8 月 1 日から平成 29 年 7 月 31 日までに福島県内の市町村から母子健康手帳を交付された方
- ② 上記①の期間内に福島県外の市区町村から母子健康手帳を交付された方の中で、いわゆる里帰り出産された方

①の方は、福島県各市町村の母子健康手帳の交付資料に基づいて調査票を送付しています。また、②の方へは、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います。

回答方法は、調査票の返送、または、オンライン回答のいずれかのご都合のよい方法で。



- ◇ 期間中は、インターネットにより、パソコンやスマートフォンからいつでも好きな時間に回答できます。(詳細は別紙をご参照ください)
- ◇ ご回答は任意ですが、多くの皆さまのご協力により充実したケアへ繋がりますので、どうぞよろしく願いいたします。
- ◇ 調査へのご意見を含め、皆さまの生の声をお聞かせ下さい。
- ◇ 妊娠、出産、育児などについて、専任の助産師、保健師等による電話相談もしています。専門的な内容のご相談には、医師が対応いたします。
- ◇ ご回答内容に基づいて、助産師、保健師等から連絡させていただく場合がございます。

<個人情報の取り扱いについて> 本調査に関する個人情報は、県民健康調査において使用するほか、お住まいの市町村にも必要に応じて提供させていただきます。また、調査への回答や結果、回答にもとづく支援内容等については、学術的研究目的の利用及び公表(統計処理等)をしますが、個人が特定される形で公表することはありません。

ご出産された方は、1か月児健診を受けた後で、ご回答下さい。

「妊産婦に関する調査」専用お問い合わせ先

福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター

電話 024-549-5180 (平日 9:00~17:00)

メール nimpu@fmu.ac.jp

フォローアップ調査 アンケートはがき

999-1234

福島県福島市庄野字袴場1-1福島県福島市
庄野字袴場1-1福島県福島市庄野字袴場1-1
福島県福島市庄野字袴場1-1福島県福島市
庄野字袴場1-1

福島 花子 様

平成30年1月12日

公立大学法人 福島県立医科大学
放射線医学県民健康管理センター



1234567

「妊産婦に関する調査」4年目アンケートのお願い

このハガキは、平成25年度「妊産婦に関する調査」にご回答いただいた方（平成24年8月1日～平成26年4月9日にご出産された方）を対象として、市町村からご住所の情報提供を受けてご連絡させていただいております。

【お問い合わせ先】

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

（平日9:00～17:00）

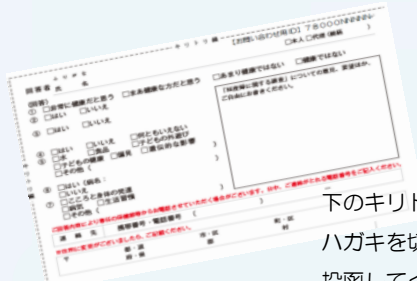
妊産婦専用メール：nimpu@fmu.ac.jp

【お問い合わせ用ID】78000×××××

平成25年度県民健康調査「妊産婦に関する調査」ではご協力いただきありがとうございました。その後いかがお過ごしでしょうか。「妊産婦に関する調査」は、福島県から委託を受け平成23年度から毎年行っています。調査の結果から、震災前後に出産された方たちにうつ傾向の方が多いことがわかりました（調査結果の詳細は当センターのホームページに掲載しています。http://fukushima-mimamori.jp/pregnant-survey/）。また、お子さまが大きくなるにつれ、新たな悩みが出てくることもあります。そのため、出産後4年経った皆さまのこころと身体の健康状態の経過を伺い、不安の軽減や必要なケアの提供のお手伝いができればと考えております。今回、過去に妊産婦調査で得たご本人様の情報を基に、ご連絡させていただいております。回答いただいた内容により、専任の保健師等からお電話させていただく場合がございます。回答は任意です。回答されなくても不利益を被ることは一切ありません。

A、B どちらかご都合のよい方法で、ご回答いただけます。

A ハガキの郵送



下のキリトリ線に従って
ハガキを切り離しポストに
投函してください。

B オンライン回答



①直接アクセス（スマホなど）

右の二次元コードを読み込んでください。
IDとパスワードの入力は不要です。



または、

②下記のURLを入力してアクセスし、下記のオンライン用IDとパスワードを入力してください。

http://fukushima-mimamori.jp/17nimpu

オンライン用
ID 117××××××××
パスワード ××××××××

オンライン回答受付は
平成30年8月末まで
です。

以下の質問に対して、右の回答欄の当てはまる□に✓してください。

- ①あなたはふだんご自分で健康だと思いますか？
- ②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？
- ③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？
- ④育児に自信がもてないことがありますか？
- ⑤放射線の影響について不安なこと全ての□に✓を記入してください。
- 以下の⑥、⑦は、平成24年8月1日～平成26年4月9日の間に生まれたお子様についてお尋ねいたします。
- ⑥お子様はこれまでに入院を要した病気にかかったことがありますか？
- ⑦お子様のごことで心配なこと全ての□に✓を記入してください。

ご回答ありがとうございました。

アンケートの送り方は裏面をご参照いただき、保護シールを貼付し、投函してください。

フリガナ

回答者氏名

【お問い合わせ用ID】78000×××××

□本人 □代理（続柄）

（回答）

- ① 非常に健康だと思う まあ健康な方だと思う あまり健康ではない 健康ではない
- ② はい いいえ
- ③ はい いいえ
- ④ はい いいえ 何ともいえない
- ⑤ 水 食品 子どもの外遊び
子どもの健康 偏見 遺伝的な影響
その他（ ）
- ⑥ はい（病名：
いいえ
- ⑦ こころと身体の発達
病気 生活習慣
その他（ ）

「妊産婦に関する調査」についての意見、要望ほか、ご自由にお書きください。

ご回答内容により専任の保健師等からお電話させていただく場合がございます。日中、ご連絡がとれる電話番号をご記入ください。

連絡先 携帯番号・電話番号（ ）

*住所に変更がございましたら、ご記載ください。

〒 都・道 市・区 町・区
府・県 —23 郡 村

960-1290

福島市光が丘1番地

福島県立医科大学
放射線医学県民健康管理センター 行



料金受取人私郵便

福島中央局 認
承 1181

差出有効期間
平成 年 月
日まで

「妊産婦に関する調査」4年目アンケート

県民健康調査

福島県・福島県立医科大学
〒960-1295 福島市光が丘1番地
公立放射線医学県民健康管理センター
放射線医学県民健康専用ダイヤル TEL 024-549-5180



ふくしまから
はじめる。

＜個人情報の取り扱いについて＞

本アンケートに関する個人情報は、県民健康調査において使用するほか、お住まいの市町村にも必要に応じて提供させていただきます。また、アンケートへの回答や結果、回答にもとづく支援内容等については、学術的研究目的の利用及び公表（統計処理等）をしますが、個人が特定される形で公表することはありません。

アンケートの送り方

1 キリトリ線に沿ってハガキを切り離してください。



2 ハガキの記入欄に必要事項を記入してください。



3 同封のシールをハガキの裏面に貼り付けて記入欄が見えないようにしてください。



4 そのまま郵便局へお出しください。

