**別紙③　　　　　妊産婦　初期対応質問票**

（一社)千葉県助産師会

**\*対象者：妊婦及び出産後2ヶ月以内の方**

避難所名：　　　　　　　　　　日時：　　年　　月　　日　　時　　分　　母子健康手帳：　有　　無

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　　　　年　　月　　日（　　　　　才） |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 治療中の病気 | なし・あり（病名：　　　　内服：　　　　　　　　　病院名：　　　　　　　　　） |
| 妊娠中の方 | 妊娠週数 | 妊娠　　　　週　　　　　 初産 ・ 経産（　　　回） |
| 分娩予定施設名 |  | 分娩予定日 | 　　年　　月　　日 |
| 最終受診日  | 年 月 日 |
| 産後の方 | 分娩日 | 　　　年　　 月　　 日 | 今回の分娩 | 経腟分娩・帝王切開 |
| 産後日数 | 　　　　　 ヶ月　 　日 | 分娩施設名 |  |

|  |
| --- |
| 【妊娠中の方】**＊１つでも○があれば安静を保ち、助産師（または保健師）面接へ**☆現在健診で医師から言われていることがあれば、○をつけてください。1. 切迫流産・早産（内服：あり・なし）
2. おなかの赤ちゃんが（小さめ・大きめ）
3. 羊水が（少なめ・多め）
4. 胎盤が（低い・子宮口にかかっている）
5. 妊娠糖尿病（インスリン使用：あり・なし）
6. 高血圧（内服あり・なし）
7. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

|  |
| --- |
| ☆現在の心身の状況に当てはまることがあれば、○をつけてください。【妊娠中の方】1. おなかの張り・陣痛　（いつから：　　　　　　間隔：　　　　　強さ：　　　　　）
2. 破水　　　　　　　　（いつから：　　　　　　量：　　　　　　色：　　　　　　）
3. 胎動減少・消失　　　（いつから：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【全員】４．腹痛　　　（いつから：　　　　　　　部位：　　　　　　　痛み方：　　　　　　）５．性器出血　（いつから：　　　　　　　量：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　６．発熱（　　　℃）・ せき ・ 鼻水 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢　７．気持ちがめいる ・ イライラする ・ 理由もなく涙が出る**＊ １～５に　○ ⇒ 医療機関へ搬送****＊ ６に　○　 　⇒ 隔離****＊ 7に　○　　 ⇒ 助産師または保健師面接** |

対応者氏名：（助産師）

※記録票は、原則として対象者に渡す