

## 妊娠期セルフ支援プラン

記入日 R . . (妊娠 週)

このシートは、健やかに妊娠・出産・子育てができるよう具体的なサポートについて一緒に考えるためのものです

出産予定日 R . . 妊婦健診受診病院名 出産予定病院名 お仕事 あり (産休・育休予定 )  
 里帰り出産予定 あり (場所・期間 ) 転居の予定 あり (場所・時期 )

どのような妊婦生活をおくりたいですか		自由記載																																										
内容	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">項目</td> <td style="width: 60%;">                     例を参考に記載する                 </td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> </table>	項目	例を参考に記載する																																									
項目	例を参考に記載する																																											
私の生活課題・気になること	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">心と体</td> <td style="width: 15%;">                     (例)  <input type="checkbox"/> つわり  <input type="checkbox"/> 便秘  <input type="checkbox"/> 下痢  <input type="checkbox"/> 喫煙: 本/日                 </td> <td style="width: 15%;"> <input type="checkbox"/> 痔  <input type="checkbox"/> 体重が増えない  <input type="checkbox"/> 体重増加  <input type="checkbox"/> 疲れやすい  <input type="checkbox"/> 貧血                 </td> <td style="width: 15%;"> <input type="checkbox"/> 眠い  <input type="checkbox"/> お腹が張る  <input type="checkbox"/> 糖尿病家系  <input type="checkbox"/> 持病がある  <input type="checkbox"/> 頻尿                 </td> <td style="width: 15%;"> <input type="checkbox"/> 高血圧  <input type="checkbox"/> 運動不足  <input type="checkbox"/> 家族関係:  <input type="checkbox"/> 実母との関係:  <input type="checkbox"/> 腰痛                 </td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">食と歯科</td> <td> <input type="checkbox"/> 味付けが濃い  <input type="checkbox"/> 飲酒  <input type="checkbox"/> 食欲がない                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 食事の偏りがある  <input type="checkbox"/> 虫歯がある                 </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">生活全般</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 相談できる人  <input type="checkbox"/> 仕事との両立  <input type="checkbox"/> 上の子への対応     <input checked="" type="checkbox"/> 家族関係                 </td> <td></td> </tr> </table>	心と体	(例) <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喫煙: 本/日	<input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 体重が増えない <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 眠い <input type="checkbox"/> お腹が張る <input type="checkbox"/> 糖尿病家系 <input type="checkbox"/> 持病がある <input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 家族関係: <input type="checkbox"/> 実母との関係: <input type="checkbox"/> 腰痛		食と歯科	<input type="checkbox"/> 味付けが濃い <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 食事の偏りがある <input type="checkbox"/> 虫歯がある				生活全般	<input type="checkbox"/> 相談できる人 <input type="checkbox"/> 仕事との両立 <input type="checkbox"/> 上の子への対応 <input checked="" type="checkbox"/> 家族関係																													
心と体	(例) <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喫煙: 本/日	<input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 体重が増えない <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 眠い <input type="checkbox"/> お腹が張る <input type="checkbox"/> 糖尿病家系 <input type="checkbox"/> 持病がある <input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 家族関係: <input type="checkbox"/> 実母との関係: <input type="checkbox"/> 腰痛																																								
食と歯科	<input type="checkbox"/> 味付けが濃い <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 食事の偏りがある <input type="checkbox"/> 虫歯がある																																										
生活全般	<input type="checkbox"/> 相談できる人 <input type="checkbox"/> 仕事との両立 <input type="checkbox"/> 上の子への対応 <input checked="" type="checkbox"/> 家族関係																																											
相談および協力者	<input type="checkbox"/> 配偶者/パートナー <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> その他																																											
セルフプラン	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">私ができること</td> <td style="width: 15%;">                     (例)  <input type="checkbox"/> 禁煙  <input type="checkbox"/> 禁酒  <input type="checkbox"/> 赤ちゃんへの声かけ                 </td> <td style="width: 15%;"> <input type="checkbox"/> 今後の生活のイメージがある  <input type="checkbox"/> 呼吸法がわかる  <input type="checkbox"/> 妊婦体操  <input type="checkbox"/> 妊娠中に起こりやすいリスクを把握しておく                 </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">食と歯科</td> <td> <input type="checkbox"/> お口の手入れ  <input type="checkbox"/> 野菜を食べる  <input type="checkbox"/> 食事バランスを考える                 </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">全般</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 仕事の段取り     <input type="checkbox"/> 出産準備                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">家族</td> <td>                     (例)  <input type="checkbox"/> 買い物:  <input type="checkbox"/> ゴミだし:  <input type="checkbox"/> 洗濯:                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 支援者:  <input type="checkbox"/> 食事の片付け:  <input type="checkbox"/> 家事:  <input type="checkbox"/> 皿洗い:                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 実母との関係:  <input type="checkbox"/> 相談者:                 </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">民間</td> <td> <input type="checkbox"/> 宅配:  <input type="checkbox"/> テイクアウト                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 通信販売  <input type="checkbox"/> 家事支援                 </td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 家族以外の相談者:                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">保健・医療</td> <td> <input type="checkbox"/> 妊婦健診  <input type="checkbox"/> 妊婦歯科健診  <input type="checkbox"/> パパママ教室:  <input type="checkbox"/> 産科の母親学級:                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 電話相談:  <input type="checkbox"/> 訪問:  <input type="checkbox"/> 母子保健相談:                 </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">その他</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 駐車場利用     <input type="checkbox"/> 働く女性のための制度  <input type="checkbox"/> 勤務中の健診時間                 </td> </tr> </table>				私ができること	(例) <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんへの声かけ	<input type="checkbox"/> 今後の生活のイメージがある <input type="checkbox"/> 呼吸法がわかる <input type="checkbox"/> 妊婦体操 <input type="checkbox"/> 妊娠中に起こりやすいリスクを把握しておく				食と歯科	<input type="checkbox"/> お口の手入れ <input type="checkbox"/> 野菜を食べる <input type="checkbox"/> 食事バランスを考える				全般	<input type="checkbox"/> 仕事の段取り <input type="checkbox"/> 出産準備				家族	(例) <input type="checkbox"/> 買い物: <input type="checkbox"/> ゴミだし: <input type="checkbox"/> 洗濯:	<input type="checkbox"/> 支援者: <input type="checkbox"/> 食事の片付け: <input type="checkbox"/> 家事: <input type="checkbox"/> 皿洗い:	<input type="checkbox"/> 実母との関係: <input type="checkbox"/> 相談者:			民間	<input type="checkbox"/> 宅配: <input type="checkbox"/> テイクアウト	<input type="checkbox"/> 通信販売 <input type="checkbox"/> 家事支援	<input type="checkbox"/> 家族以外の相談者:			保健・医療	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 妊婦歯科健診 <input type="checkbox"/> パパママ教室: <input type="checkbox"/> 産科の母親学級:	<input type="checkbox"/> 電話相談: <input type="checkbox"/> 訪問: <input type="checkbox"/> 母子保健相談:				その他	<input type="checkbox"/> 駐車場利用 <input type="checkbox"/> 働く女性のための制度 <input type="checkbox"/> 勤務中の健診時間				
私ができること	(例) <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんへの声かけ	<input type="checkbox"/> 今後の生活のイメージがある <input type="checkbox"/> 呼吸法がわかる <input type="checkbox"/> 妊婦体操 <input type="checkbox"/> 妊娠中に起こりやすいリスクを把握しておく																																										
食と歯科	<input type="checkbox"/> お口の手入れ <input type="checkbox"/> 野菜を食べる <input type="checkbox"/> 食事バランスを考える																																											
全般	<input type="checkbox"/> 仕事の段取り <input type="checkbox"/> 出産準備																																											
家族	(例) <input type="checkbox"/> 買い物: <input type="checkbox"/> ゴミだし: <input type="checkbox"/> 洗濯:	<input type="checkbox"/> 支援者: <input type="checkbox"/> 食事の片付け: <input type="checkbox"/> 家事: <input type="checkbox"/> 皿洗い:	<input type="checkbox"/> 実母との関係: <input type="checkbox"/> 相談者:																																									
民間	<input type="checkbox"/> 宅配: <input type="checkbox"/> テイクアウト	<input type="checkbox"/> 通信販売 <input type="checkbox"/> 家事支援	<input type="checkbox"/> 家族以外の相談者:																																									
保健・医療	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 妊婦歯科健診 <input type="checkbox"/> パパママ教室: <input type="checkbox"/> 産科の母親学級:	<input type="checkbox"/> 電話相談: <input type="checkbox"/> 訪問: <input type="checkbox"/> 母子保健相談:																																										
その他	<input type="checkbox"/> 駐車場利用 <input type="checkbox"/> 働く女性のための制度 <input type="checkbox"/> 勤務中の健診時間																																											

次回面接予定日: 担当