



相談日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

高森町 妊娠に関する相談事業 相談シート

妊娠に関する相談事業を実施するために、下記の質問にご協力ください。なお、回答内容は事業以外の目的に使用することはありません。

下記の必要事項を記入、当てはまるものに☑をお願いします。

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳

住所 高森町 _____ 連絡先(電話番号) _____

①ご結婚されていますか？ はい (それはいつですか？ _____ 年 _____ 月) いいえ

②同居している家族を教えてください。

夫(パートナー) 子ども(_____ 人) 実父 実母 祖父 祖母
 義父 義母 夫の祖父 夫の祖母 その他(_____)

③妊娠の経験はありますか？ はい いいえ

④相談したい内容を教えてください。下記のあてはまる項目のカッコ内に相談したい内容をできるだけ具体的にお書きください。

妊娠に関すること

具体的に(例:妊娠しやすい身体を作るためにできる事を知りたい、どれくらいの確率で妊娠できるのか 等)

(_____)

不妊症・不育症に関すること

具体的に(例:不妊に悩んでいるが受診するタイミングが分からない、どんな治療法があるのか 等)

(_____)

里親・養子縁組等の制度に関すること

具体的に(里親制度について具体的に知りたい 等)

(_____)

その他

(_____)

※相談日の前日までに高森町役場 健康福祉課 保健師までご提出ください。前日までに提出することが難しい場合はご相談ください。

高森町役場 健康福祉課

健康係 保健師 電話 35-9412