

2011 年度

县民健康管理调查 关于孕妇・产妇的调查 调查问卷

由于东日本大地震而引发的核电站事故灾害的原因，许多人被迫过着一种完全不同于往常的避难生活，他们的生活习惯也发生了很大的变化。其中，感受到极大的不安和精神上有巨大压力的人不在少数。尤其是对孕妇・产妇来说，医疗机构地点的改变或无法进行定期诊察等诸多的实际问题，使她们处于对自己自身以及孩子的健康都无法充分进行管理的状态。为此，作为县民健康管理调查工作中详细调查的一环，福岛县政府决定委托福岛县立医科大学，以福岛县的孕妇・产妇为对象，为了解掌握她们的健康状况等，从而达到有助于大家今后的健康管理为目的，实施本次的问卷式调查。

以福岛县各市町村颁发的母子健康手册登记数据资料为依据，本调查问卷分发给在2010年8月1日至2011年7月31日期间内领取了母子健康手册的人。此外，也发送给在福岛县外的市町村领取了母子健康手册之后迁居到（或逗留于）福岛县内，2011年3月11日以后在福岛县内接受了孕妇健康检查、或分娩的人（即所谓的回乡探亲的人）。本调查问卷中填写的个人信息，出于健康管理工作的需要，将在福岛县政府机关内使用。此外，会根据您所居住的市町村政府机关的要求而向他们提供相应的信息。同时，对调查结果将进行统计分析后予以公布。但绝不会以特定的某个人信息的形式进行公开。

另外，这份调查问卷需您本人来填写。如果本人不能填写，可以请家庭成员或同居者代您进行填写。

在收到本调查问卷之后，请尽快进行填写，并烦请在2个星期之内使用附带的回信用信封邮寄给我们。

如果对本调查的内容等有不明白的地方，请向本调查问卷末记载的联系地点进行咨询。

福 岛 县
福岛县立医科大学

请在以下空栏中填写相关内容，

在相关选项的“□”内画“✓”选择。

填写日：2012 年_____月_____日	填写人（在相关选项处的“□”内画“✓”选择）： _1 <input type="checkbox"/> 本人 _2 <input type="checkbox"/> 代理（二者关系_____）
假名注音 姓 名：_____	
生 日： _____年_____月_____日	
联系方式 ※在有漏记等情况时，负责本次调查的工作人员会根据需要与您取得联系，此时会使用本栏的信息。 电话号码：（_____）_____—_____（_____先生/女士转） 手机号码： _____—_____—_____	

填写完以上信息后，请进入下一页回答以后的问题。

《接下来的所有问题，是向在 2010 年 8 月 1 日至 2011 年 7 月 31 日期间内领取了母子健康手册的女性的提问。请回答。》

问题 1. 关于怀孕・分娩的问题。

请回答和您现在手中持有的母子健康手册中所记载的怀孕无关的，以前的分娩次数、怀孕次数、自然流产次数、人工流产次数、死产次数。如没有这些经历，请填写「0」。

共有 次怀孕

其中包含 次分娩 次自然流产 次人工流产 次死产

(参考 1)

怀孕 1 个月：怀孕 0 星期～怀孕 3 个星期
怀孕 2 个月：怀孕 4 星期～怀孕 7 个星期
怀孕 3 个月：怀孕 8 星期～怀孕 11 个星期
怀孕 4 个月：怀孕 12 星期～怀孕 15 个星期
怀孕 5 个月：怀孕 16 星期～怀孕 19 个星期
怀孕 6 个月：怀孕 20 星期～怀孕 23 个星期
怀孕 7 个月：怀孕 24 星期～怀孕 27 个星期
怀孕 8 个月：怀孕 28 星期～怀孕 31 个星期
怀孕 9 个月：怀孕 32 星期～怀孕 35 个星期
怀孕 10 个月：怀孕 36 星期～怀孕 39 个星期
怀孕 11 个月：怀孕 40 星期～怀孕 43 个星期

(参考 2)

分娩：怀孕 22 个星期以后婴儿的产出
自然流产：怀孕不到 22 个星期就结束了的怀孕
人工流产：怀孕不到 22 个星期而通过人工措施结束了的怀孕
死产：怀孕 22 个星期以后，已在子宫内死亡了的胎儿的产出
以上是对各专业用词的定义。

问题 2. 1) 关于您现在手中持有的母子健康手册中所记载的怀孕的问题。

关于以下表格中的怀孕的经过、怀孕的结果、以及您常利用的医疗机关等内容，请在相关选项的“□”内画入“✓”进行选择，并在空栏中填写相关的信息。

怀孕方式	₁ <input type="checkbox"/> 自然怀孕 ₂ <input type="checkbox"/> 诱发排卵 ₃ <input type="checkbox"/> 人工授精 ₄ <input type="checkbox"/> 体外授精		
怀孕的结果	₁ <input type="checkbox"/> 现在正处于怀孕状态	预定分娩日期 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不清楚	()个星期
	结果	怀孕结束时的年月日	怀孕期 (怀孕几个星期)
	₂ <input type="checkbox"/> 分娩	年 月 日	()个星期
	₃ <input type="checkbox"/> 自然流产	年 月 日	()个星期
	₄ <input type="checkbox"/> 人工流产	年 月 日	()个星期
	₅ <input type="checkbox"/> 死产	年 月 日	()个星期
您的母子健康手册上记载的医疗机构	设施名称： _____ 地 址： _____都・道 市・区 府・县 町・村		
	分娩时的设施不同于以上时，请填写在下面： 设施名称： _____ 地 址： _____都・道 市・区 府・县 町・村		

←在 ₁☐内画入了“✓”进行了选择的人，请您在自己了解的范围内回答问题 3 ～ 9 的提问。

←在 ₂☐内画入了“✓”的人，请回答以下的所有问题。

←在 ₃☐₄☐₅☐内划入了“✓”的人，请您在自己了解的范围内回答问题 3 ～12 的提问。

2) 在 2011 年 3 月 11 日当时, 您给婴儿喂母乳了吗?

1 ☐ 没喂 2 ☐ 喂了

3) 最近 1 个月里, 您常有心情消沉, 或者很抑郁的感觉吗?

1 ☐ 没有 2 ☐ 有

4) 最近 1 个月里, 您是否经常有对任何事物都不感兴趣, 或者无法从内心高兴愉快起来的心情?

1 ☐ 没有 2 ☐ 有

《以下的问题 3~9, 是关于您怀孕过程中的问题。请您在了解的范围内给与回答。》

问题 3. 您腹中的胎儿（或已分娩（含出生・死产）的胎儿）是

☐ 一人（单胎） ☐ 二人（双胞胎）

问题 4. 请回答关于震灾之后的孕妇健康检查（以下简称「孕妇健诊」）的诊察情况。

您是在地震前预定的医疗设施进行了「孕妇健诊」和分娩的吗？

☐ 不是 ☐ 是

- ☐ 自己决定换到县内的其它医疗设施
- ☐ 自己决定换到县外的其它医疗设施
- ☐ 在震灾之前就回乡探亲就诊于县内的其它医疗设施
- ☐ 在震灾之前就回乡探亲就诊于县外的其它医疗设施
- ☐ 由于医学上的理由，按医生的指示转移至（或被搬运至）县内其它设施
- ☐ 由于医学上的理由，按医生的指示转移至（或被搬运至）县外其它设施

问题 5. 「孕妇健诊」是按原定计划受诊了吗？

☐ 不是 ☐ 是

- ☐ 由于没能按原定计划接受诊查，所以导致了需要住院。
- ☐ 虽然没能按原定计划接受诊查，但在怀孕过程中没出现什么问题。

问题 6. 您在怀孕之前，曾患过什么疾病吗？

☐ 有 ☐ 没有

以下列举的具体病名当中，如有患过的病症，请在相关选项处画入“✓”。（可多项选择）

- ☐ 高血压 ☐ 糖尿病 ☐ 高血脂症 ☐ 癌症
- ☐ 脑中风（脑梗塞・脑出血・蛛网膜下出血） ☐ 心脏病（心肌梗塞・狭心症）
- ☐ 慢性肝炎 ☐ 肺炎 ☐ 甲状腺疾病 ☐ 精神疾病
- ☐ 其它（ ）

问题 7. 您在怀孕之后到震灾发生之前, 是否被医生告知过有什么疾病或处于某种状态?

1 ☐ 有 2 ☐ 没有



1) 请告诉我们具体的疾病或相关状态的名称。(请在所有相关选项处画入“✓”。)

☐ 妊娠高血压综合症 ☐ 妊娠糖尿病 ☐ 前置胎盘 ☐ 先兆流产
☐ 先兆早产 ☐ 流产 ☐ 早产 ☐ 失眠、不安等精神类问题
☐ 肺炎·流感·破伤风等感染类疾病 ☐ 羊水过多
☐ 羊水过少 ☐ 血栓形成 (EMS·经济舱综合症)·肺栓塞
☐ 脑中风 (脑梗塞·脑出血·蜘蛛膜下出血等)
☐ 外伤 ☐ 其它 ()

2) 以上项目中如选择了“✓”，相关的疾病·状态在震灾后的怀孕过程中有所恶化吗？

1 ☐ 有 2 ☐ 没有 3 ☐ 不清楚

问题 8. 在您的怀孕过程中, 震灾后是否出现了新的疾病或状态?

☐ 有 ☐ 没有



1) 请从问题 7-1) 的内容中选择, 并写出其号码。

--	--	--	--	--	--	--	--

2) 这些疾病·状态在震灾后的怀孕过程中恶化了吗?

1 ☐ 有 2 ☐ 没有 3 ☐ 不清楚

问题 9. 在问题 6 ~ 8 中, 回答了「有」的人, 请回答下面的问题。

震灾之后，您接受到了对该疾病或状态的充分的护理和调养了吗？

1 ☐ 接受到了 2 ☐ 没有接受的必要

3 ☐ 自己不处于能够就诊的状态，就诊迟误，延误了疾病的发现和治疗。

4 ☐ 没有能就诊的医疗机构，延误了疾病的发现和治疗

选择了₃□或₄□的人, 请回答:

此事对您的怀孕过程或胎儿是否产生了一些什么影响？

1 ☐ 有 2 ☐ 没有 3 ☐ 不清楚

对现在正处于怀孕状态的孕妇的提问到此结束。请装入回信用信封，并尽快邮寄给我们。

《以下的问题 10~12, 请怀孕 12 个星期后 (怀孕 4 个月后) 分娩的人 (经历了满期分娩的人、怀孕不满 22 个星期自然流产·人工流产的人、以及怀孕 22 个星期后死产·分娩的人) 来回答。是关于您自身以及婴儿的问题。请参考母子健康手册等, 在您所了解的范围内给与填写回答。》

问题 10. 您腹中的胎儿出生时, 是什么样的姿势?

₁ ☐ 头位顺产 (头部先出的分娩) ₂ ☐ 臀位分娩 (逆产) ₃ ☐ 其它 ₄ ☐ 不清楚

<如是双胞胎, 请回答第二人分娩时的情况。>

₁ ☐ 头位顺产 (头部先出的分娩) ₂ ☐ 臀位分娩 (逆产) ₃ ☐ 其它 ₄ ☐ 不清楚

问题 11. 怀孕第几个星期第几天时分娩的?

怀孕 () 个星期 () 天

₁ ☐ 自然分娩 (包括使用诱导分娩剂) ₂ ☐ 吸引·钳子分娩 ₃ ☐ 剖腹产

<如是双胞胎, 请回答第二人分娩时的情况。>

₁ ☐ 自然分娩 (包括使用诱导分娩剂) ₂ ☐ 吸引·钳子分娩 ₃ ☐ 剖腹产

(粗框内的内容请参考母子健康手册等填写)。

第 1 个孩子		第 2 个孩子	
性别 _ <input type="checkbox"/> 男 _ <input type="checkbox"/> 女		性别 _ <input type="checkbox"/> 男 _ <input type="checkbox"/> 女	
体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身高 <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	身高 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
胸围 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	头围 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	胸围 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	头围 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
新生儿假死 _ <input type="checkbox"/> 有 _ <input type="checkbox"/> 没有 →选择「有」的，采取复苏措施了吗 _ <input type="checkbox"/> 做了 _ <input type="checkbox"/> 没做 _ <input type="checkbox"/> 不清楚		新生儿假死 _ <input type="checkbox"/> 有 _ <input type="checkbox"/> 没有 →选择「有」的，采取复苏措施了吗 _ <input type="checkbox"/> 做了 _ <input type="checkbox"/> 没做 _ <input type="checkbox"/> 不清楚	
先天性畸形・异常 _ <input type="checkbox"/> 有 _ <input type="checkbox"/> 没有 ↓选择「有」的，请详细填写。 _ <input type="checkbox"/> 白内障 _ <input type="checkbox"/> 心脏畸形 _ <input type="checkbox"/> 肾脏・尿道畸形 _ <input type="checkbox"/> 脊柱裂（脊背有裂洞的疾病） _ <input type="checkbox"/> 小颅畸形 _ <input type="checkbox"/> 脑积水 _ <input type="checkbox"/> 唇腭裂 _ <input type="checkbox"/> 消化道（食道・十二指肠・空肠・回肠）闭锁 _ <input type="checkbox"/> 锁肛 _ <input type="checkbox"/> 多指・并指畸形 _ <input type="checkbox"/> 其它 ()		先天性畸形・异常 _ <input type="checkbox"/> 有 _ <input type="checkbox"/> 没有 ↓选择「有」的，请详细填写。 _ <input type="checkbox"/> 白内障 _ <input type="checkbox"/> 心脏畸形 _ <input type="checkbox"/> 肾脏・尿道畸形 _ <input type="checkbox"/> 脊柱裂（脊背有裂洞的疾病） _ <input type="checkbox"/> 小颅畸形 _ <input type="checkbox"/> 脑积水 _ <input type="checkbox"/> 唇腭裂 _ <input type="checkbox"/> 消化道（食道・十二指肠・空肠・回肠）闭锁 _ <input type="checkbox"/> 锁肛 _ <input type="checkbox"/> 多指・并指畸形 _ <input type="checkbox"/> 其它 ()	

出生了婴儿的产妇请继续回答下一页的问题。

《以下的问题请出生了婴儿的产妇来回答》

问题 13. 至今为止（在开始喂断奶食品之前），给孩子补充营养的方法是什么？

☐ 只喂母乳 ☐ 牛奶和母乳结合 ☐ 只喂牛奶

1) 请给孩子喂（或曾经喂过）牛奶的人回答。您使用牛奶的理由是什么？

☐ 由于母乳不够
☐ 由于担心核辐射对母乳有影响
☐ 其它理由（请具体写出：_____）

2) 调制牛奶时使用（或使用过）的水是下面的哪一种？

☐ 自来水 ☐ 矿泉水 ☐ 其它（_____）

问题 14. 是否存在由于震灾的影响（母乳提供者本身的营养摄取不足，或由于物资供应不足难以买到牛奶等原因），而没能给婴儿提供充分的营养的情况？

☐ 有 ☐ 没有 ☐ 不清楚

问题 15. 已经接受了“满月健康检查”的人，请回答。

孩子的发育状况如何？

＜如是双胞胎，请以出生顺序（第 1 个孩子→第 2 个孩子）来进行填写。＞

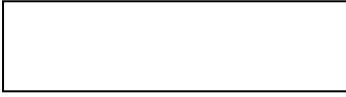
第 1 个孩子		第 2 个孩子	
在出生后 <input type="text"/> 个月 <input type="text"/> <input type="text"/> 天 接受了“满月健康检查”。		在出生后 <input type="text"/> 个月 <input type="text"/> <input type="text"/> 天 接受了“满月健康检查”。	
体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身高 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身高 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
胸围 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	头围 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	胸围 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	头围 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
营养状态如何？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 需要接受指导 <input type="checkbox"/> 不好		营养状态如何？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 需要接受指导 <input type="checkbox"/> 不好	

对本次的调查以及震灾时的支援对策等，如有何意见或希望要求时，请填写在以下空栏中。

所有问题到此结束。请装入回信用信封并尽快邮寄给我们。

〔咨询方法〕

- 「关于孕妇・产妇的调查」专用咨询地点
福岛县立医科大学 放射线医学县民健康管理中心
电话号码 024-549-5180（9：00～17：00）



县民健康管理调查



福島県・福島県立医科大学