

2011 년도



현민건강관리조사 임산부에 관한조사조사표

이번의 대지진에 따른 원자력재해로 지금까지의 생활과는 전혀 다른 어쩔 수 없는 피난생활속에 생활습관이 크게 변화하고 많은 불안과 스트레스를 받으시는 분이 많고 특히 임산부 여러분은 의료기관의 변경이나 정기검진 등을 받으실 수 없게 되고 자신과 어린이의 건강 관리를 충분히 하실 수 없는 상황입니다. 따라서 후쿠시마현에서는 현민건강관리조사 상세조사의 일환으로 후쿠시마현의 임산부를 대상으로 건강상태 등을 파악하고 여러분의 금후의 건강관리에 도움을 드리는 목적으로 후쿠시마현립의과대학에 위탁하여 질문지 조사를 실시하기로 하였습니다

이 조사표는 후쿠시마현 각 시마치무라의 모자건강 수첩의 교부자료를 기초로 하여 2010년 8월 1일부터 2011년 7월 31일까지의 모자건강 수첩이 교부된 분과 후쿠시마현 외의 시구마치무라로부터 모자 수첩을 교부 받으신 분에게도 후쿠시마현 내에 전입 혹은 체류하여 3월 11일 이후에 후쿠시마현 내에서 임신 검진을 받으시거나, 분만을 하신분(이른바 귀성하신 분)을 대상으로 송부합니다.

본 조사표에 기재된 개인정보는 건강 관리를 위하여 현에서 사용하며 살고 계시는 시마치무라의 요구에 따라 정보 제공함과 동시에 조사결과는 집계 분석된 형태로 공표하는 것으로 개인이 특정된 형태로 공표하지 않습니다.

따라서 본 조사표는 개인이 직접 기재하십시오. 본인이 직접 기재할 수 없는 경우에는 가족분이나 동거하시는 분이 기재하십시오.

본 조사표가 도착하면 죄송합니다만 약 2 주일을 기준으로 반송하여주시기바랍니다.

본 조사표에 문의사항이 있으시면 권말의 문의처에 연락하여주십시오.

후 쿠 시 마 현
후쿠시마현립의과

이하의 난에 필요한 사항을 기재하시고
해당하는 □에 ✓하십시오.

기재날짜 : 2012 년 ____ 월 ____ 일	응답자 (해당하는 □에 ✓를 기재) : 1 □ 본인 2 □ 대리인 (친족관계)
본인이름 : _____	
생년월일 : ____ 년 ____ 월 ____ 일	
연락처 ※기재누락 등의 확인을 위하여 조사 담당자가 직접 연락할 경우 필요합니다. 전화번호 : (_____) _____ - _____ (_____ 분) 휴대전화번호 : _____ - _____ - _____	

상기의 사항에 기재하신 후 다음 페이지의 질문에 답하십시오.

《이하의 모든 질문은 2010년 8월 1일 이후부터 2011년 7월 31일 사이에 모자수첩(이하의 모자수첩)이 교부된 여성에 한하여 문의합니다.》

문 1. 임신·출산에 관하여 묻습니다.

교부된 모자수첩과 대응된 임신을 포함하지 않는 예전의 출산횟수, 임신횟수, 자연유산횟수, 인공임신중절횟수, 사산횟수를 가르쳐주십시오. 없을때는 「0」으로 기재하십시오.

합계 회 임신

그 중 회 출산 회 자연유산 회 인공임신중절 회 사산

(참고 1)

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

(참고 2)

출산:임신 22주 이후의 신생아의 만출
자연유산:임신 22주 미만의 임신종료
인공임신중절:임신 22주 미만의 인공적인 임신의종료
사산:임신 22주 이후 자궁 내에서 사망한 태아의 만출로
합니다.

《이하의 문 10~12 는 임신 **12 주** 이후(임신 4 개월 이후)에 분만을 하신분 (단기에 분만 하신 분, 임신 22 주 미만의 자연유산, 인공임신 중절 및 임신 22 주 이후의 사산·출산을 경험하신 분)께 묻겠습니다. 당신 본인 과 어린이에 대하여 묻겠습니다. 모자 수첩 등을 참고하신 후 해당하는 부분을 아시는 범위에서 기재하십시오.》

문 10. 당신의 아기는 출생 때 어떤 모습이었습니까?

머리위 (머리부터 분만) 골반위 (역아) 기타 불명

<쌍둥이인 경우에는 둘째 아기에 관하여 적어주십시오.>

머리위 (머리부터 분만) 골반위 (역아) 기타 불명

문 11. 임신하셔서 몇 주 며칠에 분만하셨습니까?

임신 () 주 () 일

자연분만 (분만유발제 사용 포함) 흡인·겸자분만 제왕절개분만

<쌍둥이인 때, 둘째 아기에 관하여 하기를 적어주십시오.>

자연분만 (분만유발제 사용 포함) 흡인·겸자분만 제왕절개분만

문 12. 분만 시에 아기의 상태에 관하여 적어주십시오. 또한 아기의 출산 상황에 관하여 기재하십시오.(굵은 선 안은 모자수첩 등을 참고하십시오).

<쌍둥이인 때는 태어난 순서대로 첫 아이→둘째 아이의 난을 사용하십시오.>

첫 아이		둘째 아이	
성별 1 <input type="checkbox"/> 남 2 <input type="checkbox"/> 여		성별 1 <input type="checkbox"/> 남 2 <input type="checkbox"/> 여	
체중 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	신장 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	체중 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	신장 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
가슴둘레 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	머리둘레 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	가슴둘레 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	머리둘레 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
신생아 가사 1 <input type="checkbox"/> 있음 2 <input type="checkbox"/> 없음 → 「있음」의 경우 소생을 1 <input type="checkbox"/> 하였다 2 <input type="checkbox"/> 하지 않았다 3 <input type="checkbox"/> 모른다		신생아 가사 1 <input type="checkbox"/> 있음 2 <input type="checkbox"/> 없음 → 「있음」의 경우 소생을 1 <input type="checkbox"/> 하였다 2 <input type="checkbox"/> 하지 않았다 3 <input type="checkbox"/> 모른다	
선천성 기형·이상 1 <input type="checkbox"/> 있음 2 <input type="checkbox"/> 없음 ↓ 「있음」의 경우 상세하게 기재하십시오 1 <input type="checkbox"/> 백내장 2 <input type="checkbox"/> 심장기형 3 <input type="checkbox"/> 신장·뇨로기형 4 <input type="checkbox"/> 이분척추 (등에 구멍이 열려 있는 병) 5 <input type="checkbox"/> 소두증 6 <input type="checkbox"/> 수두증 7 <input type="checkbox"/> 입술·구개파열 8 <input type="checkbox"/> 소화관 (식도·십이지장·공장·회장) 폐쇄 9 <input type="checkbox"/> 쇄항 10 <input type="checkbox"/> 다지·합지증 11 <input type="checkbox"/> 기타 ()		선천성 기형·이상 1 <input type="checkbox"/> 있음 2 <input type="checkbox"/> 없음 ↓ 「있음」의 경우 상세하게 기재하십시오 1 <input type="checkbox"/> 백내장 2 <input type="checkbox"/> 심장기형 3 <input type="checkbox"/> 신장·뇨로기형 4 <input type="checkbox"/> 이분척추 (등에 구멍이 열려 있는 병) 5 <input type="checkbox"/> 소두증 6 <input type="checkbox"/> 수두증 7 <input type="checkbox"/> 입술·구개파열 8 <input type="checkbox"/> 소화관 (식도·십이지장·공장·회장) 폐쇄 9 <input type="checkbox"/> 쇄항 10 <input type="checkbox"/> 다지·합지증 11 <input type="checkbox"/> 기타 ()	

유산, 중절, 사산이셨던 분은 여기까지입니다. 회신용 봉투에 넣어서 제출하십시오.

출산하신 분은 다음 페이지의 문에 대답하십시오.

《이하의 문은 출산하신 분이 적어주십시오.》

문 13. 지금까지(이유식을 시작하기까지) 어린이의 영양 방법은?

₁ 모유만
 ₂ 분유와 모유 혼합
 ₃ 분유만

1) 분유를 사용하시는(이미 사용하신)분께 묻습니다. 분유를 사용하신 이유는 무엇입니까?_

₁ 모유가 부족하여서
₂ 방사선이 모유에 끼치는 영향이 걱정되어서
₃ 기타 이유 (구체적인 이유 : _____)

2) 분유를 만들 때(만들었을 때) 사용하신 물은 다음의 어느것입니까?

₁ 수도수
 ₂ 생수
 ₃ 기타 (_____)

문 14. 지진재해에 의한 영향 (모체의 영양섭취 부족이나 물자부족으로 분유입수곤란 등)으로 아기한테 충분한 영양을 공급하지 못한 적이 있습니까?

₁ 있음
 ₂ 없음
 ₃ 모른다

문 15. 1개월 건강검진을 마친 분은 기재하십시오.

어린이의 발육은 어떠하였습니까?

<쌍둥이인 때는 태어난 순서대로 첫 아이→둘째 아이의 난을 사용하십시오.>

첫 아이		둘째 아이	
생후 <input type="text"/> 개월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 1개월 검진을 받았다.		생후 <input type="text"/> 개월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 1개월 검진을 받았다.	
체중 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	신장 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	체중 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	신장 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
가슴둘레 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	머리둘레 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	가슴둘레 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	머리둘레 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
영양상태는 <input type="checkbox"/> ₁ 양호 <input type="checkbox"/> ₂ 요지도 <input type="checkbox"/> ₃ 불량		영양상태는 <input type="checkbox"/> ₁ 양호 <input type="checkbox"/> ₂ 요지도 <input type="checkbox"/> ₃ 불량	

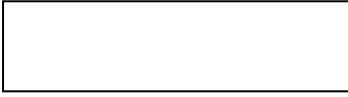
본 조사와 지진재해 때의 지원 등에 관하여, 의견이나 요망 등이 있으시면 적어주십시오.



이것으로 질문은 끝입니다. 회신용 봉투에 넣어서 제출하십시오.

[문의처]

- 「 임신부에 관한 조사 」 전용 문의처
후쿠시마현립의과대학 방사선의학현민건강관리센터
전화번호 024-549-5180 (9 : 00~17 : 00)



현민건강관리조사



후쿠시마현·후쿠시마현립의과대학