

(別紙1)

富谷市保健福祉部子育て支援課 あて

結婚新生活支援事業受講確認シート

Q1. 新婚夫婦のうち、市町村窓口で申請をする方の情報をご記入ください。

- ・氏名 _____
- ・氏名 (フリガナ) _____
- ・電話番号 _____
- ・メールアドレス _____
- ・性別 (該当に○) 1男 ・ 2女

Q2. 上記の配偶者の方の情報をご記入ください。

- ・氏名 _____
- ・氏名 (フリガナ) _____
- ・性別 (該当に○) 1男 ・ 2女

Q3. 受講された講座を選択してください。

(該当に○)

- 1 ライフデザイン支援講座 →Q4 を回答
- 2 プレコンセプションケアに関する講座 →Q5-1、5-2 を回答
- 3 医療機関への妊娠・出産に関する相談※1 →Q6 を回答
- 4 共家事・子育て講座 →Q7 を回答

※1 妊娠・出産に関する相談については、市の保健師への相談も可

Q4. 受講されたライフデザイン支援講座の情報をご記入ください。

- ・受講講座名 _____
(受講主体又は主催者 _____)
- ・受講された場所 _____
- ・受講期日 令和 年 月 日
- ・ライフデザイン支援講座を受講されて、ご自身の生活に当てはめた場合、どのような工夫ができそうですか、またはどのような心構えを持ちたいと感じましたか？
(20～50 字程度) (自由記入 最低 20 字)

Q5-1. 受講されたプレコンセプションケアに関する講座の情報をご記入ください。

- ・受講講座名 _____
(受講主体又は主催 _____)
- ・受講された場所 _____
- ・受講期日 令和 年 月 日

Q5-2. 母子ともに健康な将来 (または現在の健康維持) のために、今後どのようなこと

に組み組みたいと感じましたか？（該当に○ ※複数回答可）

- ・適正体重をキープする
- ・禁煙する、受動喫煙を避ける
- ・アルコールを控える、妊娠したら禁酒する
- ・葉酸を積極的に摂取する（女性）
- ・からだを動かす
- ・ストレスをためこまない
- ・よい睡眠をとる
- ・感染症から自分とパートナーを守る
- ・ワクチン接種をする
- ・危険ドラッグを使用しない
- ・有害な薬品を避ける
- ・生活習慣病をチェックする
- ・がんのチェックをする
- ・HPVワクチンを接種したか確認する、接種する
- ・かかりつけの婦人科医をつくる（女性）
- ・持病と妊娠について知る
- ・家族の病気を知っておこう
- ・歯のケアをする（女性）
- ・将来の妊娠・出産やライフプランについてパートナーと一緒に考える
- ・パートナーと一緒に健康管理をする
- ・その他（自由記述）

[]

Q6. 医療機関または市保健師への妊娠・出産に関する相談の情報をご記入ください。

- ・相談機関名 _____
- ・相談された期日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
- ・相談機関を受診や来所したことを確認できる書類（領収書や相談の際に配布された資料等） _____

Q7. 受講された共家事・子育て講座の情報をご記入ください。

- ・受講講座名 _____
(受講主体又は主催 _____)
- ・受講された場所 _____
- ・受講期日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
- ・あなたは今後、仕事と家庭生活について、どのように取り組んでいきたいと考えましたか？（20～50 字程度）（自由記入 最低 20 字）

ご回答ありがとうございました。