

## 育児支援シート（初回用）

シート記入日 20 年 月 日 お名前 年齢 歳

患者ID 出産予定日 月 日

最初にお答え下さい

☐ このシートへの記述をしたくない方は左にチェックしてください

このシートは両面になっています。全部で21番までありますので、裏面もご記入ください。

以下の質問の当てはまる方の口にチェック（し）をつけてください。またその理由もお書きください。

1	妊娠したことをうれしく思いますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	今回の妊娠は予想外の妊娠ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	現在ご自身のからだのことで心配なことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	*「はい」と答えた方、専門家に相談したことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	現在ご自身のこころ、気持ちのことで心配なことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	これまでに心療内科・メンタルヘルス科（精神科）やカウンセラーに相談したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	過去1か月の間に、物事をするのに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありませんでしたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないようなことはありませんでしたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	生活が苦しかったり、経済的な不安があったりしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	出産後の住所は決まっていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	育児のサポートをしてくれる人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない

\*「はい」の方、  
どなたがどのようなサポートをしてくれますか。（ ）

\*「いいえ」の方、  
どのようなサポートが必要です。（ ）

\*「わからない」の方、  
それはどうしてですか。（ ）

裏へ続きます。