

# 育児支援シート(再診用)

資料2 育児支援シート(妊娠後期用)

シート記入日 20 年 月 日 お名前 年齢 歳

最初にお答え下さい

患者ID 出産予定日 月 日

☐ このシートへの記述をしたくない方は左にナエツクしてください

1	健康保険に加入されていますか	はい	いいえ
2	生活が苦しかったり、経済的な不安があったりしますか	はい	いいえ
3	出産後の住所は決まっていますか	はい	いいえ
4	入籍はされていますか	している・予定(時期 月頃)・未定・予定なし・夫婦別姓	
5	婚姻歴をお聞かせください	初婚	再婚
6	今の住んでいる家にご自分も含めて何人でお住まいですか	人	
	* 続柄もお書きください 夫・パートナー・父・母・義父・義母・子ども( )・( )・( )		
7	育児のサポートをしてくれる人はいますか	はい	いいえ 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か ( )		
	*「わからない」の方、 それはどうしてですか ( )		
8	家族関係のことで心配なことはありますか	はい	いいえ
	* それはどのようなことですか(どなたのこと: (内容 )		
9	ご自身の身体のことでの心配なことはありますか	はい	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	はい	いいえ
10	これまでにカウンセラーや心療内科・精神科に相談したことがありますか	はい	いいえ
11	この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気かない」などの症状はありますか	ない どちらかといえばない どちらかといえばある ある	
12	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	はい	いいえ
13	妊婦健診は何回受診されましたか	回	
14	母親学級・両親学級などを受講されましたか	はい・いいえ・これから受講予定・上の子の時に受講している	
15	双子・三つ子の妊娠ですか	はい(双子・三つ子)	いいえ
16	お腹の赤ちゃんに気になること・医師に指摘されたことがありますか	はい	いいえ
	* はいと答えた方にお聞きます。それはどのようなことですか( )		
17	お腹の赤ちゃんがかわいいと思えないことがありますか	はい	いいえ