

育児支援シート(初診用)

資料1 育児支援シート(妊娠初期用)

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チェックしてください

I. 以下の質問にお答えください。

1	妊娠・出産回数(今回の妊娠を含まない)	妊娠	回	出産	回
2	初めての妊婦健診に来院した週数(他院も含む)	週目頃			
3	母子手帳を役所にもらいに行った週数	週目頃			
4	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(人)・()・()				

II. 以下の質問の当てはまる方に○をつけてください。またその理由もお書きください。

1	国籍はどちらですか	日本	日本以外
	* 国籍が日本以外の方はビザを取得されていますか	はい(就労・留学・観光・その他) いいえ	
2	健康保険に加入されていますか	はい	いいえ
3	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
4	出産後の住所は決まっていますか	はい	いいえ
5	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	
6	婚姻歴をお聞かせください	初婚	再婚
7	今回の妊娠は予想外の妊娠ですか	はい	いいえ
8	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
	育児のサポートしてくれる人はいますか	はい	いいえ わからない
9	*「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()		
10	ご自身の身体のことでは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
11	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
12	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」「何もやる気かしない」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
13	現在ご自身のこころ、気持ちのことでは心配なことはありますか	はい	いいえ
14	家族関係のことでは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)		
15	お子さんを亡くされた経験がありますか	はい	いいえ 今回初産
16	上のお子さんは児童福祉施設(乳児院や児童養護施設、児童相談所など)のフォローを受けたことがありますか。また、現在受けていますか	はい	いいえ 今回初産
17	上のお子さんをご自身で養育されていますか	はい	いいえ 今回初産
18	養育者から虐待を受けたことがありますか	はい	いいえ
19	他者に虐待をしたことがありますか	はい	いいえ
20	パートナーなどの身近な方からDVを受けたことがありますか	はい	いいえ