

## 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(レ)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。

「いいえ」の場合は理由を問いかけましょう。  
否定的な返答の場合は、テンプレートの判定理由「予期せぬ妊娠」にチェック。

2 今回の妊娠は予想外の妊娠ですか。

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。

\*「はい」と答えた方、専門家に相談したことはありますか。

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。

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。

以下を確認しましょう。

- ・病名
- ・受診医療機関名
- ・治療状況(内服)
- ・治療期間(今も続行しているのか)
- ・本人の理解 ・夫や家族の理解

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。

この6、7に「はい」とチェックが入ったら、テンプレートの「うつ症状」のチェックを有にします。

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。

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がありましたか。

この8、9に「はい」とチェックが入ったら、テンプレートの「不安障害」のチェックを有にします。

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がありましたか。

10 生活が苦しかったり、経済的な不安があつたりしますか。

・将来への漠然とした不安ではなく、今(産後)「生活が苦しいか」を確認しましょう。生活が苦しい場合は、「経済的不安」にチェックします。

11 出産後の住所は決まっていますか。

☐ はい☐ いいえ

12 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。( )

・育児には実質的なサポートと情緒的サポートが重要です。  
・ここでは実質的なサポートを確認します。  
・サポート不足が判定します。

裏へ続きます。

13 現在、どなたとお住まいですか。

(  
)

14 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

)  
)

15 困ったときに夫・パートナーになんでも相談することができますか。

16 困ったときにお母さんになんでも相談することができますか。

17 困ったときに夫・パートナー、お母さんの他に相談できる人がいますか。

・ 多くが「はい」と回答しますが、「困っていることをどの程度打ち明けられますか」と質問しましょう。  
・ 打ち明けられない理由や背景から本人を取り巻く人間関係がわかります。

18 あなたは、パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか

☐ よくある 2点 ☐ たまにある 1点 ☐ まったくない 0点

19 あなたのパートナーは、気にいらないと怒鳴って壁をたたいたり、物を投げることはありますか

☐ よくある 2点 ☐ たまにある 1点 ☐ まったくない 0点

20 あなたは、気が進まないのにパートナーに性的行為を強いられることがありますか

☐ よくある 2点 ☐ たまにある 1点 ☐ まったくない 0点

21 あなたのパートナーは、あなたをたたく、強く押す、腕をぐいっと引っ張る等強引にふるまうことはありますか

☐ よくある 2点 ☐ たまにある 1点 ☐ まったくない 0点

・ この4項目はDVスクリーニングです。点数化してテンプレートに記入してください。  
・ できるだけ、妊婦さん一人に聞けるように配慮してください。

判定を記入します。A: チェックなし

B: チェックがあるが、経過観察

C: チェックがあり介入検討

D: 介入中、支援開始、DVスクリーニング3点以上



スタッフサイン