

育児支援シート（再診用）

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16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 入籍はされていますか。	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 予定（時期 予定なし	月頃） <input type="checkbox"/> 夫婦別姓
2 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	
3 現在、どなたとお住まいですか。	(. . .)		
4 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	
5 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か。()			
*「わからない」の方、 それはどうしてですか。()			
6 家族関係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	
*それはどのようなことですか。(どなたのこと：) (内容)			
7 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	
8 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	
9 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	
10 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	
11 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	
12 現在ご自身のところ、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	

裏へ続きます。