

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。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 夫・パートナーがいない

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。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 実母がいない

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。 ☐ はい ☐ いいえ

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 ☐ たまにある ☐ まったくない

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 ☐ たまにある ☐ まったくない

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 ☐ たまにある ☐ まったくない

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 ☐ たまにある ☐ まったくない

ご記入ありがとうございました。ここで伺った事柄は、担当スタッフ内で共有し、健診や入院の際に参考にさせていただきます。また個人情報保護を厳守し慎重に取り扱わせていただきます。



スタッフサイン