

## 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

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 入籍はされていますか。 「予定なしの」場合は、パートナーとの関係を確認しま

2 出産後の住所は決まっていますか。 「いいえ」の場合は詳しく聞きましょう。支援に繋がり

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。現在、何か公的支援(生活保護や入院助産など)を受けている

5 育児のサポートをしてくれる人はいますか。

\*「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。

具体的な育児サポートが得られるように支援しましよ

\*「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。

☐ 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

)

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。

精神症状・疾患の既往のある人は判定CまたはD。

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。

この8、9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。

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。

この10、11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。

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したか。

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がありましたか。

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

今の気持ちやこれまでの既往、またサポート状況を詳しく伺いましょう。判定はCまたはDに。

裏へ続きます。