

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

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*「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。☐ はい☐ いいえ過去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。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
経過敏を感じるがありましたか。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。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

裏へ続きます。

13 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

☐ 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

14 お腹の赤ちゃんに、気になることがありますか。

☐ はい

☐ いいえ

* はいと答えた方にお聞きします。それはどのようなことですか。()

15 お腹の赤ちゃんに、医師に指摘されたことがありますか。

☐ はい

☐ いいえ

* はいと答えた方にお聞きします。それはどのようなことですか。()

16 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。

この時期の「いいえ」はハイリスクです。詳しく伺いましょう。

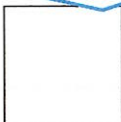
ご記入ありがとうございました。ここでお伺いした事柄は、担当スタッフ内で共有し、健診や入院の際に参考にさせていただきます。また個人情報保護を厳守し慎重に取り扱わせていただきます。

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



スタッフサイン