

## 質問票 1 : 育児支援チェックリスト

母氏名：\_\_\_\_\_ 実施日：令和 年 月 日（産後 日目）

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。  
あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、  
またはお産の時に医師から何か問題があると言われていましたか？  
はい                      いいえ
  
2. これまでに流産や死産、出産後1年間に  
お子さんを亡くされたことがありますか？  
はい                      いいえ
  
3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、  
カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師  
などに相談したことがありますか？  
はい                      いいえ
  
4. 困った時に相談する人についてお尋ねします。  
①夫には何でも打ち明けることができますか？  
はい      いいえ      夫がいない
  
- ②お母さんには何でも打ち明けることができますか？  
はい      いいえ      実母がいない
  
- ③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？  
はい                      いいえ
  
5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？  
はい                      いいえ
  
6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？  
はい                      いいえ
  
7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や  
親しい方が重い病気になったり、事故にあったことがありましたか？  
はい                      いいえ
  
8. 赤ちゃんが、なぜむずかかったり、泣いたり  
しているのかわからないことがありますか？  
はい                      いいえ
  
9. 赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？  
はい                      いいえ