

育児支援チェックリスト

母氏名: _____ 実施日 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下記の質問にお答えください。あなたにあてはまる答えのほうに、○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せんか？

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. 困ったとき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ることがありますか？

はい いいえ

実施医療機関: _____