質問票セット　Ⅰ．育児支援チェックリスト

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、〇をして下さい。

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すか？

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

ご記入日　　年　　月　　日

ご出産日　　年　　月　　日

お名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご連絡先　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈九州大学病院児童精神医学研究室－福岡市保健所使用版〉