

## 質問票 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。どちらかよりあてはまる方に○をつけてください。

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(実母)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ご主人やお母さん(実母)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. 子育てをしていくうえで、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がったり、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

## 質問票 II 赤ちゃんへの気持ち質問票

	ほとんどいつも 強くそう感じる	たまに強くそ う感じる	たまに少しそ う感じる	全然そう 感じない
1) 赤ちゃんをいとおしいと 感じる	( )	( )	( )	( )
2) 赤ちゃんのためにしない といけない事があるの に、おろおろしてどうし ていいかわからない時が ある	( )	( )	( )	( )
3) 赤ちゃんの事が腹立た しく嫌になる	( )	( )	( )	( )
4) 赤ちゃんに対して何も特 別な気持ちがわからない	( )	( )	( )	( )
5) 赤ちゃんに対して怒りが こみあげる	( )	( )	( )	( )
6) 赤ちゃんの世話を楽し みながらしている	( )	( )	( )	( )
7) こんな子でなかったらな あと思う	( )	( )	( )	( )
8) 赤ちゃんを守ってあげた いとを感じる	( )	( )	( )	( )
9) この子がいなかったらな あと思う	( )	( )	( )	( )
10) 赤ちゃんをととも身近に 感じる	( )	( )	( )	( )