

育児支援チェックリスト

記入日：令和 年 月 日 記入者氏名：

あなたへの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ください。あなたにあてはまるお答えの方に、○をしてください。

1. 今回の妊娠中におなかの赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のとき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年間にお子さんをな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 夫やお母さんのほか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すか？

はい いいえ

8. 赤ちゃんが、なぜむずかかったり、泣いていたりしているのかが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