

育児支援チェックリスト

カルテ番号:

氏名:

出産予定日: 20

年

月

日

初産 経産(人目)

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

