質問票１．　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〇をつけてください。

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、あるいは精神科的な問題で、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