

市・町産婦健康診査 問診票( 回目)

質問票Ⅰ 育児支援チェックリスト

あなたへ適切な支援を行うために、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ほうに、○をしてください。

- 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があったことがありましたか？  
はい  いいえ
- 8 赤ちゃんが、なぜむすかったり、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

市・町産婦健康診査 問診票( 回目)

質問票Ⅱ エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)

産後の気分についてお尋ねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。必ず10項目全部に答えてください。

- 1 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。  
( ) いつもと同様にできた。  
( ) あまりできなかった。  
( ) 明らかにできなかった。  
( ) 全くできなかった。
- 2 物事を楽しみにして待った。  
( ) いつもと同様にできた。  
( ) あまりできなかった。  
( ) 明らかにできなかった。  
( ) ほとんどできなかった。
- 3 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。  
( ) はい、たいていそうだった。  
( ) はい、時々そうだった。  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった。  
( ) いいえ、全くなかった。
- 4 はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。  
( ) いいえ、そうではなかった。  
( ) ほとんどそうではなかった。  
( ) はい、時々あった。  
( ) はい、しょっちゅうあった。
- 5 はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。  
( ) はい、しょっちゅうあった。  
( ) はい、時々あった。  
( ) いいえ、めったになかった。  
( ) いいえ、全くなかった。
- 6 することがたくさんあって大変だった。  
( ) はい、たいてい対処できなかった。  
( ) はい、いつものようにうまく対処できなかった。  
( ) いいえ、たいていうまく対処した。  
( ) いいえ、普段通りに対処した。
- 7 不幸な気分なので、眠りにくかった。  
( ) はい、ほとんどいつもそうだった。  
( ) はい、時々そうだった。  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった。  
( ) いいえ、全くなかった。
- 8 悲しくなったり、惨めになったりした。  
( ) はい、たいていそうだった。  
( ) はい、かなりしばしばそうだった。  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった。  
( ) いいえ、全くそうではなかった。
- 9 不幸な気分だったので、泣いていた。  
( ) はい、たいていそうだった。  
( ) はい、かなりしばしばそうだった。  
( ) ほんの時々あった。  
( ) いいえ、全くそうではなかった。
- 10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。  
( ) はい、かなりしばしばそうだった。  
( ) 時々そうだった。  
( ) めったになかった。  
( ) 全くなかった。

記入日		出産日		質問票Ⅱ (EPDS)結果点
氏名		生年月日		
住所				次のページもあります

市・町産婦健康診査 問診票( 回目)

質問票Ⅲ 赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんについて、どのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、今のあなたの気持ちに一番近いと感じられる表現に○をつけてください。

	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ことがあるのに、おろおろしてどうしていいか、わからない時がある。	( )	( )	( )	( )
3) 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。	( )	( )	( )	( )
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) 赤ちゃんをととても身近に感じる。	( )	( )	( )	( )

市町名
保険者番号

医療機関コード
医療機関名

記入日		出産日	
氏名		生年月日	
住所			