

# 横浜市産婦健康診査　こころの健康アンケート

氏名	生年月日	年　月　日
	受診日	年　月　日（産後　日目）

あなたの気分をチェックしてみましょう。過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。

必ず10項目全部に答えて下さい。

記入したアンケートは、産婦健康診査費用補助券と一緒に医療機関に提出してください。

**1.笑うことができたし、物事の面白い面もわかった。**

- 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。  
 全くできなかった。

**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、全くそうではなかった。

**4.はっきりと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.はっきりと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。  
 ほとんどそうではなかった。  
 いいえ、そうではなかった。

**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.不幸せな気分なので、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、全くそうではなかった。

**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.不幸せな気分だったので、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。

# 横浜市産婦健康診査 赤ちゃんへの気持ち質問票

氏名	生年月日	年 月 日
	受診日	年 月 日（産後 日目）

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の質問について、

今のあなたの気持ちにいちばん近いと感じられるものに○をつけてください。

記入したアンケートは、産婦健康診査費用補助券と一緒に医療機関に提出してください。

1. 赤ちゃんをいとおしいと感じる。

- ( ) 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

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。

- ( ) 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

3. 赤ちゃんが腹立たしくいやになる。

- ( ) 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

4. 赤ちゃんに対して、何も特別な気持ちがわからない。

- ( ) 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

5. 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。

- ( ) 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

6. 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。

- ( ) 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

7. こんな子でなかったらなあと思う。

- ( ) 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

8. 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。

- ( ) 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

9. この子がいなかったらなあと思う。

- ( ) 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

10. 赤ちゃんをととても身近に感じる。

- ( ) 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

# 横浜市産婦健康診査 育児支援チェックリスト

氏名	生年月日	年 月 日
	受診日	年 月 日（産後 日目）

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。

あなたにあてはまるほうに、○をつけてください。

記入したアンケートは、産婦健康診査費用補助券と一緒に医療機関に提出してください。

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など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 夫やお母さん（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