

# 妊娠期メンタルヘルス スクリーニングシート

お名前： \_\_\_\_\_ (診察券番号 \_\_\_\_\_) 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

あなたへ適切な援助を行なうために、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、お腹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（パートナー）には何でも打ち明けることができますか。  
はい  いいえ  夫（パートナー）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（パートナー）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. 育児を手伝ってくれる人がいますか。  
はい  いいえ
6. 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
7. 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
8. 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
9. 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか。  
はい  いいえ
10. 過去1ヶ月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか。  
はい  いいえ
11. 過去1ヶ月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感また神経過敏を感じることはありませんか。  
はい  いいえ
12. 過去1ヶ月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないようなことがありますか。  
はい  いいえ