

浦安市 お母さんの気持ち質問票

〈産婦健康診査を受診されるお母様へ〉

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、いまのあなたの気持ちにいちばん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<br>強くそう感じる。 | たまに強く<br>そう感じる。 | たまに少し<br>そう感じる。 | 全然<br>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。                               | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |

浦安市では、お母さんの心の状態をできるだけ理解するために、産婦健康診査の際に「お母さんの気持ち質問票」にお答えいただいています。質問票は、該当する項目に○をつけていただく簡単な方法です。プライバシーは厳守いたします。

産婦健康診査を受診される際は、この質問票を病院に持参し、当日ご記入ください。

出産後は、ホルモンの変化もあり、急に不安になったり眠れないなど、気持ちが揺れ動くことがあります。母子保健課では、その様な時にも親身になって保健師等がご相談に応じさせていただきます。産婦健康診査や質問票等の結果によっては、後日地区担当保健師よりご連絡させていただく場合があります。

今後も、ご自身の体調やお子さんの様子で気になることがあったときや、育児がつらいときは、お気軽にご相談ください。

浦安市 母子保健課 母子保健係  
TEL. 047-381-9058

母子健康手帳No			
(産婦健康診査受診票No)	_____	出産日:	年 月 日
受診医療機関:	_____	受診日:	年 月 日
<b>産婦健康診査の結果を市へ送付することを同意します</b>			
お名前(母の名前):	_____	お住まいの地区	_____
(内容を確認の上、サインをお願いします)			