

赤ちゃんへの気持ち質問票

医療機関確認日：
担当者名：

母氏名 _____ 実施日 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○をつけて下さい。

	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。	()	()	()	()