

Bonding

お名前 _____

出産日 年 月 日

記入日 年 月 日

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) 赤ちゃんをいとしと感じる。 | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 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) | (2) | (1) | (0) |
| 3) 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。 | (3) | (2) | (1) | (0) |
| 4) 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわからない。 | (3) | (2) | (1) | (0) |
| 5) 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。 | (3) | (2) | (1) | (0) |
| 6) 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。 | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 7) こんな子でなかったらなあと思う。 | (3) | (2) | (1) | (0) |
| 8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。 | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 9) この子がいなかったらなあと思う。 | (3) | (2) | (1) | (0) |
| 10) 赤ちゃんをととても身近に感じる。 | (0) | (1) | (2) | (3) |