

エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)

お母様のお名前		生年月日	年	月	日		
出産日	年	月	日	記入日	年	月	日

お母さん自身が、今日だけでなく、過去7日間に感じられた事にもっとも近い答えを1つ選び✓をつけて下さい。

1 笑うことができたし、ものごとのおもしろい面もわかった。

いつもと同様にできた あまりできない 明らかにできない 全くできない

2 ものごとを楽しみにして待った。

いつもと同様にできた あまりできない 明らかにできない 全くできない

3 ものごとがうまくいかないとき、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、全くなかった

4 はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。

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、ときどきあった はい、しょっちゅうあった

5 はっきりした理由もないのに恐怖におそわれた。

はい、しょっちゅうあった はい、ときどきあった いいえ、めったになかった いいえ、全くなかった

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、いつものようには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、普段どおりに対処した

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、ときどきそうだった いいえ、あまり度々ではなかった いいえ、全くなかった

8 悲しくなったり、みじめになったりした。

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

実施医療機関 記入欄	医療機関名 : _____
	市の支援要否: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要(市へご連絡をお願いします。)
	エジンバラの点数が9点以上の場合や市の支援が必要と思われる場合は市へ連絡のうえ、質問票の送付もお願いします。
	送付先: 〒243-0422 海老名市中新田377 こどもセンター1F 海老名市こども育成課
	電話: 046-235-7885
	エジンバラ点数: _____ 点
<p>※ この質問票は、市の支援が不要な場合は、医療機関で保管してください。</p> <p>※ 補助券が使用できない場合、この質問票も償還払いの手続きに必要となりますので、「実施医療機関記入欄」にご記入のうえ、受診者へご返却ください。</p>	

エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)

お母様のお名前		生年月日	年	月	日		
出産日	年	月	日	記入日	年	月	日

お母さん自身が、今日だけでなく、過去7日間に感じられた事にもっとも近い答えを1つ選び✓をつけて下さい。

1 笑うことができたし、ものごとのおもしろい面もわかった。

いつもと同様にできた あまりできない 明らかにできない 全くできない

2 ものごとを楽しみにして待った。

いつもと同様にできた あまりできない 明らかにできない 全くできない

3 ものごとがうまくいかないとき、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、全くなかった

4 はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。

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、ときどきあった はい、しょっちゅうあった

5 はっきりした理由もないのに恐怖におそわれた。

はい、しょっちゅうあった はい、ときどきあった いいえ、めったになかった いいえ、全くなかった

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、いつものようには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、普段どおりに対処した

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、ときどきそうだった いいえ、あまり度々ではなかった いいえ、全くなかった

8 悲しくなったり、みじめになったりした。

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

実施医療機関 記入欄	医療機関名 : _____
	市の支援要否: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要(市へご連絡をお願いします。)
	エジンバラの点数が9点以上の場合や市の支援が必要と思われる場合は市へ連絡のうえ、質問票の送付もお願いします。 送付先: 〒243-0422 海老名市中新田377 こどもセンター1F 海老名市こども育成課 電話: 046-235-7885
	エジンバラ点数: _____ 点
※ この質問票は、市の支援が不要な場合は、医療機関で保管してください。 ※ 補助券が使用できない場合、この質問票も償還払いの手続きに必要となりますので、「実施医療機関記入欄」にご記入のうえ、受診者へご返却ください。	