

胎児クリニック問診票

記入日 21 年 月 日

ふりがな お名前：	生年月日：S・H・R 年 月 日 (歳)
--------------	--------------------------

ご住所：〒

ご連絡先：

1. 出生前診断について

とりあえず話を聞いてみたい

検査を受けようか迷っている

検査を受けたい (希望する検査：)

2. どのような検査をご存知ですか？

胎児精密超音波検査 (NT 測定) 母体血清マーカー検査 (クアトロテスト) コンバインド検査

羊水検査 絨毛検査 新型出生前診断 (NIPT) その他 ()

3. 相談にいらした理由

高齢妊娠が心配

出生前診断について詳しく知りたい

エコーなどで赤ちゃんについて気になることを指摘されている
(具体的に：)

パートナーと血縁関係にあり、遺伝が心配

これまでに先天性疾患・染色体疾患・遺伝性疾患を持っている赤ちゃんを妊娠したことがある

その他 ()

4. あなたについて教えてください

・ 現在、大きな病気を持っておられますか？ なし あり ()

・ その他、以前かかった病気はありますか？ なし あり ()

・ 心の不調により医療機関を受診したことが なし あり ()

・ 手術について なし あり (歳 内容：)

・ 現在服薬中の薬・サプリメントについて なし あり ()

・ 薬のアレルギーについて なし あり ()

・ 喫煙について なし 以前吸っていた (歳から 歳まで 本/日)
 現在吸っている (歳から 歳まで 本/日)

・ 飲酒について なし (妊娠前： なし あり) あり

・ あなたのご両親について 日本人 その他 ()

・ あなたのお母様について、妊娠高血圧を指摘されたと聞いたことが なし あり

・ あなたの RhD 血液型は RhD 陽性 RhD 陰性 不明

5. パートナーについて教えてください

・ 血縁関係は なし あり (いとこ婚・その他 ())

・ 喫煙について なし 以前吸っていた (歳から 歳まで 本/日)
 現在吸っている (歳から 歳まで 本/日)

・ ご両親は 日本人 その他 ()

※裏面もございます。

6. 今回の妊娠について教えてください

- 分娩予定日 20 年 月 日 未定 修正の可能性あり
 最終月経 20 年 月 日から 日間 わからない
 自然妊娠
 タイミング療法 ▶ 排卵誘発剤の使用 なし あり
 人工授精 ▶ 排卵誘発剤の使用 なし あり
 体外受精 ▶ 排卵誘発剤の使用 なし あり
 ▶ 採卵日 20 年 月 日 (凍結胚移植: なし あり () 日目の胚を移植)
 ▶ 胚移植日 20 年 月 日
 精子提供・卵子提供の利用
 精子提供あり 卵子提供あり (提供者の生年月日: 年 月 日、 歳)

7. 今回の妊娠において、通常の妊婦健診のほかに、他院で出生前診断を受けていますか？

- 受けていない すでに受けた (検査の種類:)

8. 過去の妊娠・出産についてお聞かせください

A) 出産について

年月日	分娩方法	妊娠週数	性別	出生時体重	医療機関名	先天性疾患がある場合記入
	経膣・帝王切開	週	男・女・不明	g		
	経膣・帝王切開	週	男・女・不明	g		
	経膣・帝王切開	週	男・女・不明	g		

B) その他の妊娠について

年月日	経過	妊娠週数	性別	医療機関
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	

9. ご本人・パートナー・血縁者・これまでのお子様に染色体や遺伝子の検査を行ったことはありますか？

- いいえ はい
 (続柄: 検査内容: 結果:)
 (続柄: 検査内容: 結果:)
 (続柄: 検査内容: 結果:)

10. ご家系内に、生まれつきの疾患や難病、遺伝の可能性のある疾患を持つ方がいらっしゃいますか？

- いいえ はい
 (続柄: 疾患名 (不明の場合は症状))
 (続柄: 疾患名 (不明の場合は症状))
 (続柄: 疾患名 (不明の場合は症状))

11. 当院を知ったきっかけをお聞かせください

- ホームページ 友人・知人の紹介 家族の紹介 他院からの紹介 その他 ()