

出生前検査相談外来問診票

記入日：20__年__月__日

お名前() 生年月日(西暦 ____年__月__日)

○出生前検査について(下記に☑を入れてください)

- とりあえず、話をきいてみたい。
- 検査を受けようかと迷っている。
- 検査を受けたい→どのような検査を希望されていますか？
()

○どのような検査をご存じですか？(複数☑も可)

- NT 測定
- 母体血清マーカー検査 (クアトロテスト・トリプルマーカー検査)
- 羊水検査
- 絨毛検査
- NIPT (いわゆる新型出生前検査)
- その他 ()

○相談にいらした理由を教えてください(複数☑も可)

- 高齢妊娠
- エコー等で胎児について気になることを指摘されている ()
- これまでに、染色体疾患の赤ちゃんを妊娠したことがある
→検査結果をご持参ください。あるいはどのような染色体だったのか教えてください
()
- 家族が心配している
→誰がどんな心配をされていますか？
()
- その他 ()

○あなたの人種について (検査に必要な場合があります)

- 日本人 その他 ()

○今回の妊娠について(下記に☑を入れてください)

- 自然妊娠 排卵誘発剤使用 人工授精 (AIH・AID) 体外受精もしくは顕微授精

○今回、体外受精/顕微授精での妊娠の場合(下記に☑を入れてください)

- 体外受精 (IVF) 新鮮 凍結、移植胚 (初期胚個、胚盤胞個)
- 顕微授精 (ICSI) 新鮮 凍結、移植胚 (初期胚個、胚盤胞個)
- 採卵日 (20__年__月__日)、採卵時年齢 (__歳 __か月時)
- 移植日 (20__年__月__日)、男性因子 (なし あり)
- 治療した病院 ()

○そのほか特記事項あれば教えてください

()

○パートナー（夫）について

お名前（ ）現在（ 歳）職業（ ）

血縁関係は、ない ある（いとこ婚・その他（ ））

喫煙について 喫煙なし 10本/日未満 10本/日以上

人種について 日本人 その他（ ）

○あなたやパートナー（夫）の血縁者について

ご家族がかかったことのある、あるいは現在治療中のご病気はありますか？ いいえ はい

（以下に血縁関係と病名をご記入ください）

あなたの血縁者（ ）パートナー（夫）の血縁者（ ）

あなたやパートナー（夫）の血縁者に先天性あるいは遺伝性の病気、その他気になる病気は

ない ある

（以下に血縁関係と病名をご記入ください）

あなたの血縁者（ ）パートナー（夫）の血縁者（ ）