

出生前診断外来問診票

静岡済生会総合病院 産婦人科

記入日: 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日 昭和・平成 年 月 日
ご住所 〒	電話番号

○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

()

○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？（次項から選択ください）

()

○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

()

○あなたの既往歴・現病歴について教えてください（下記に☑を入れてください）

・現在大きな病気を持っておられますか？ ない ある

()

・その他に、以前かかった病気はありますか？ ない ある

()

・心の不調が理由で医療機関を受診したことが、 ない ある

()

・現在使用中のお薬は、 ない ある

()

- ・あなたの喫煙について、 喫煙なし 10本/日未満 10本/日以上
- ・あなたの人種について、 日本人 その他 ()
- ・あなたのRhD血液型は、 RhD陽性 RhD陰性 不明

○妊娠について

出産 ()回、 流産()回、 中絶()回
早産や異常妊娠があれば具体的に記入してください。

()

・今回の妊娠は

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)

GIFT ZIFT 卵子提供 (提供者年齢 歳)

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 ()

○ご結婚について

未婚 (入籍予定は、 ある ない 未定)

既婚 (歳) 離婚 (歳) 再婚 (歳)

○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ありますか？

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 ()

○その他、ご心配なことや気になっていることなど、何でもお書きください。

()