

NIPT・遺伝カウンセリング外来 予診カード

ご本人氏名: _____ (_____ 歳) 日本人・その他(_____) / パートナー (_____ 歳)

1. 以前の妊娠について、最初の妊娠から順に記入してください(今回の妊娠は除きます)。

	時期	妊娠帰結	性別	出生前診断	備考
1.	____年 ____月	出産・流産・中絶	男・女	受けていない・受けた(↓ご記入ください) 検査名: _____ / 結果: _____ 施設名: _____	
2.	____年 ____月	出産・流産・中絶	男・女	受けていない・受けた(↓ご記入ください) 検査名: _____ / 結果: _____ 施設名: _____	
3.	____年 ____月	出産・流産・中絶	男・女	受けていない・受けた(↓ご記入ください) 検査名: _____ / 結果: _____ 施設名: _____	
4.	____年 ____月	出産・流産・中絶	男・女	受けていない・受けた(↓ご記入ください) 検査名: _____ / 結果: _____ 施設名: _____	

2. 本日の受診まで、以下のいずれの施設で診療を受けられていますか。

() 神田マタニティクリニック () 神田マタニティクリニック分院 () 阪神バースクリニック
() その他の医療機関 … 妊婦健診: _____ 分娩: _____

3. この外来を受診された理由はどのようなことですか。(例: 高年妊娠で染色体異常が心配)

4. 現時点でどのような出生前検査を希望していますか(複数選択可)。

() NIPT () クアトロテスト () 羊水検査 () まだ決めていない

5. ご自身や親族の中に、染色体異常症や遺伝病の方はいますか。

() なし () あり: _____

6. 分娩予定日: _____年____月____日 / 本日の妊娠週数: _____週____日 / 分娩時年齢 _____ 歳

7. 赤ちゃんの人数 … () ひとり () ふたご

8. 今回の妊娠方法 … () 自然妊娠 () タイミング療法 () 人工授精
() 体外受精 () 顕微授精

↳ ◎ 採卵時の年齢: _____ 歳 _____ ヶ月

◎ 顕微授精の場合、男性因子(精子の数が少ない、運動率が低下している)は指摘されましたか。 いいえ() はい()

9. お薬 … ヘパリン注射はしていますか。 いいえ() はい() → _____ 週まで使用

記入終了後、受付に提出してください。

< 予診カードを記入していただく際の注意事項 >

- ① この予診カードは、適切な出生前診断と治療を行うために不可欠な情報となりますので正確な記載をお願いいたします。
- ② 記載の内容は遺伝カウンセリングの時に確認します。本日一緒にお越しの方が見ることがありますので、そのことが不都合な事情については記載しないで下さい。
なお、それが今回の受診に当たり非常に重大な関連事項の場合は個別にお申し出ください。