

NIPT 問診票

武蔵村山病院 産婦人科

ご記入できる範囲でお書きください

外来受診日	年 月 日	妊娠週数(受診当日)	週 日
分娩予定日	年 月 日		

妊婦氏名	(年 月 日 生まれ)
パートナー氏名	(年 月 日 生まれ)

NIPT 検査を希望または検討されている理由を教えてください			
<input type="checkbox"/> 高年妊娠	<input type="checkbox"/> 染色体疾患児の妊娠歴	<input type="checkbox"/> 自分や親族の遺伝性疾患	
<input type="checkbox"/> 流産歴	<input type="checkbox"/> 今妊娠での異常の指摘	<input type="checkbox"/> 家族らの勧め	
<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> その他 ()		

遺伝カウンセリング担当者に伝えたい/聞きたいことがあれば教えてください

今回の妊娠について教えてください			
妊婦健診施設	()	不妊治療の有無	(あり・なし)
分娩予定施設	()	異常指摘の有無	(あり・なし)

今までの妊娠について教えてください	
遺伝や先天疾患に関する出来事	(あり・なし) →
出生前検査の有無	(あり・なし) →

診療を受けている病気	(あり・なし) →
右記の薬剤の使用 (あり・なし)	<input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> バファリン <input type="checkbox"/> ステロイド
遺伝性疾患や先天疾患の親族	(あり・なし) →

問診票のご記入、ありがとうございました