

下記の口にチェック（し）および空欄に分かる範囲でご記載ください。

お名前 _____ 年齢 _____ 歳
 職業 _____ 身長 _____ cm 現在の体重 _____ kg
 分娩予定日 20 年 月 日
 計算方法 最終月経 既婚 西暦 年 月 結婚 (歳時)
 お腹の赤ちゃんの大きさ 未婚 (入籍予定：あり・なし・未定)
 排卵日または着床日 配偶者・パートナーのご年齢 _____ 歳

●受診する（した）きっかけについて、あてはまるものに○をつけてください（複数回答OK）

- 高齢妊娠が心配
- 母体血清マーカー検査で陽性だった
- 超音波検査で気になることを指摘された
- 今までに染色体異常を含む先天異常の赤ちゃんを妊娠・出産したことがある
 (具体的に: _____)
- 家族に遺伝性疾患、または生まれつきの障害や病気を持っている方がいる
 あなたとの関係: (_____) 配偶者・パートナーとの関係: (_____)
 疾患名または症状: (_____)
- 何となく心配
- 配偶者・パートナー・家族(どなた: _____)が心配している
- 家族(どなた: _____)や知り合いのすすめ
- 検査希望
- その他 (_____)

●出生前検査 (NIPT) のご希望

- 出生前検査 (NIPT) を受けたい 出生前検査 (NIPT) を受けるか迷っている
- 出生前検査 (NIPT) について話を聞いてみたい

●今回の妊娠について

- 自然妊娠
- 不妊治療後の妊娠 ⇒ タイミング法・人工授精・体外受精(媒精・顕微授精)・卵子提供・精子提供
 体外受精の場合 < 採卵日 20 年 月 日 / 移植日 20 年 月 日 >
- ★最終胎児心拍確認日: 20 年 月 日 胎児数: 単胎・双胎・品胎
- ★妊婦健診施設: 当院・他院(具体的に _____) 分娩予定施設: 当院
 ・他院(具体的に _____) ・未定

●妊娠・出産歴

妊娠回数(今回を含めて) 計 _____ 回
 (分娩: _____ 回 流産: _____ 回 中絶: _____ 回 胎状奇胎 _____ 回 異所性妊娠 _____ 回)

1. _____ 年 _____ 月	正常分娩・帝王切開・中絶・流産	出生前検査 (NIPTや羊水検査) を受けたことが	ない・ある
2. _____ 年 _____ 月	正常分娩・帝王切開・中絶・流産	出生前検査 (NIPTや羊水検査) を受けたことが	ない・ある
3. _____ 年 _____ 月	正常分娩・帝王切開・中絶・流産	出生前検査 (NIPTや羊水検査) を受けたことが	ない・ある
4. _____ 年 _____ 月	正常分娩・帝王切開・中絶・流産	出生前検査 (NIPTや羊水検査) を受けたことが	ない・ある
5. _____ 年 _____ 月	正常分娩・帝王切開・中絶・流産	出生前検査 (NIPTや羊水検査) を受けたことが	ない・ある

- ★既往歴(過去や治療中のご病気や手術) なし・あり (具体的に _____)
- ★現在使用中のお薬 なし・あり (具体的に _____)
- ★アレルギー なし・あり (原因と思われる動植物・食物・薬など _____)
- ★家族内のいとこ婚 なし・あり
- ★喫煙(妊娠前も含めて) なし・あり (_____ 歳 ~ _____ 歳)
- ★ヘパリン使用 なし・あり

ご協力頂き、有難うございました。

個人が特定されない条件で集計を行い統計データとして発表させていただくことがあります。