東京警察病院 NIPT カウンセリング問診票

記入日　　年　　月　　日

名前＿＿＿＿＿＿＿＿年齢＿＿歳　職業＿＿＿＿＿＿　身長＿＿＿cm　現在の体重＿＿＿＿Kg

下記の□にチェック(レ)および空欄に分かる範囲でご記載ください。

１．分娩予定日　20　　年　　月　　日

計算方法：□ 最終月経　□ 赤ちゃんの大きさ　□ 排卵日または着床日

２．□ 既婚:西暦　　年　　月　　日（　　歳）□ 未婚:入籍予定 □ あり □ なし □ 未定

３．配偶者・パートナーの年齢:　　歳

４．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）について話しを聞いてみたい

５．受診する（した）きっかけについて、あてはまるものにチェックをつけてください（複数回答可）

□ 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指摘された　□ 何となく心配　□ 検査希望
□ 今までに染色体異常を含む先天性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（　　）
□ 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
□ その他（　　）

６．今回の妊娠について

・最終胎児心拍確認日：20　　年　　月　　日
□ 自然妊娠
□ 不妊治療後の妊娠：□ タイミング法　□ 人工授精　□ 卵子提供　□ 精子提供
□ 体外受精：(媒精・顕微受精)〈採卵日 20　年　月　日・移植日 20　年　月　日〉
・胎児数：　　□ 単胎 □ 双胎 □ 品胎（三胎）
・妊婦健診施設：□ 当院 □ 他院（　　）
・分娩予定施設：□ 当院 □ 他院（　　）□ 未定

７．妊娠・出産歴について

・妊娠回数（今回を含めて）＿＿回 ・分娩＿＿回 ・中絶＿＿回 ・流産＿＿回 ・胞状奇胎＿＿回 ・異所性妊娠＿＿回

1	年　月	□正常分娩　□帝王切開　□流産	出生前検査を受けたことが：□ある　□ない
2	年　月	□正常分娩　□帝王切開　□流産	出生前検査を受けたことが：□ある　□ない
3	年　月	□正常分娩　□帝王切開　□流産	出生前検査を受けたことが：□ある　□ない
4	年　月	□正常分娩　□帝王切開　□流産	出生前検査を受けたことが：□ある　□ない

８．既往歴（過去や治療中の病気や手術	□なし □あり（　　）
９．現在使用中のお薬	□なし □あり（　　）
10. アレルギー	□なし □あり（　　）
11. 家族内のいとこ婚	□なし □あり
12. 喫煙（妊娠前も含めて）	□なし □あり（　　歳～　　歳）
13. ヘパリン使用	□なし □あり

ご協力ありがとうございました。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。