

Ver.2

東京都立多摩総合医療センター ゲノム診療科 NIPT 外来予診票

注：記入できない部分は空欄でかまいません。

受診日	/ /		
分娩予定日	/ /	当日の妊娠週数	週 日
妊婦氏名		生年月日	/ / (才)
夫・パートナー氏名		生年月日	/ / (才)

妊婦さんについてお伺いします。

今まで大きな病気やケガをしたことはありますか。あれば記入ください。 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以下の病気がありますか。あればチェックをつけるか、記入ください。 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記以外で、現時点で診療を受けている病気はありますか。あれば記入ください。 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、ヘパリンを使用していますか。 (ヘパリンの自己注射を行っているかたは、検査当日の朝はヘパリン注射はせずに来院をお願いします。検査結果に影響を及ぼす可能性があります)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、以下の薬を内服されていますか。あればチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> バファリン <input type="checkbox"/> ステロイド	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
染色体疾患などの遺伝性疾患、先天性疾患をお持ちの方が親族に いらっしゃる場合がありますか。あれば記入ください。 []	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
血液型(Rh型)を教えてください。	<input type="checkbox"/> Rh(+) <input type="checkbox"/> Rh(-) <input type="checkbox"/> わからない

夫・パートナーについてお伺いします。

今まで大きな病気やケガをしたことはありますか。あれば記入ください。 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現時点で診療を受けている病気はありますか。あれば記入ください。 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

染色体疾患などの遺伝性疾患、先天性疾患をお持ちの方が親族に いらっしゃいますか。あれば記入ください。 []	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

お二人のことについてお伺いします。

夫・パートナーとは婚姻関係にありますか。 ない場合、関係性を記入し てください。 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お二人の人種を教えてください。 妊婦さん <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> それ以外 () 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> それ以外 ()	
煙草を吸いますか。 妊婦さん <input type="checkbox"/> 10本/日未満 <input type="checkbox"/> 10本/以上 <input type="checkbox"/> いいえ 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 10本/日未満 <input type="checkbox"/> 10本/以上 <input type="checkbox"/> いいえ	

今までの妊娠についてお伺いします。

今までの妊娠・出産で 染色体疾患などの遺伝性疾患、先天性疾患に 関する出来事がありましたか。例：21トリソミー（ダウン症候群）、 18トリソミー、13トリソミー、他染色体異常、先天性心疾患など []	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以前の妊娠で出生前検査を受けたことがありますか。 あれば印をお願いします <input type="checkbox"/> 初期胎児精密超音波検査（NT 測定など） <input type="checkbox"/> NIPT <input type="checkbox"/> コンバインド検査（オスカーなど） <input type="checkbox"/> 中期母体血清マーカーテスト（クアトロ） <input type="checkbox"/> 羊水検査 <input type="checkbox"/> 絨毛検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

今回の妊娠についてお伺いします。

不妊治療をされましたか。行った場合は施設名を教えてください。 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
不妊の原因を調べましたか。あれば記入ください。 <input type="checkbox"/> 男性因子 <input type="checkbox"/> 排卵因子 <input type="checkbox"/> 子宮因子 <input type="checkbox"/> 卵管因子 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

