

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。 ()	☐ はい ☐ 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。 ☐ 子宮筋腫 ☐ 卵巣腫瘍 ☐ 自己免疫疾患 ()	☐ はい ☐ 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。 ()	☐ はい ☐ 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)	☐ はい ☐ 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。 ☐ アスピリン ☐ バファリン ☐ ステロイド	☐ はい ☐ 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 いらっしゃるかどうか。あれば記入ください。 []	☐ はい ☐ いいえ
血液型(Rh 型)を教えてください。	☐ Rh(+) ☐ Rh(-) ☐ 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。 ()	☐ はい ☐ 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。 ()	☐ はい ☐ 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。 []	☐ はい ☐ 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。 ()	☐ はい ☐ いいえ
お二人の人種を教えてください。	
妊婦さん ☐ 日本人 ☐ それ以外 () 夫・パートナー ☐ 日本人 ☐ それ以外 ()	
煙草を吸いますか。 妊婦さん ☐ 10本/日未満 ☐ 10本/以上 ☐ いいえ 夫・パートナー ☐ 10本/日未満 ☐ 10本/以上 ☐ 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 []	☐ はい ☐ 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 ☐ 初期胎児精密超音波検査（NT 測定など） ☐ NIPT ☐ コンバインド検査（オスカーなど） ☐ 中期母体血清マーカーテスト（クアトロ） ☐ 羊水検査 ☐ 絨毛検査 ☐ その他 ()	☐ はい ☐ 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。 ()	☐ はい ☐ いいえ
不妊の原因を調べましたか。あれば記入ください。 ☐ 男性因子 ☐ 排卵因子 ☐ 子宮因子 ☐ 卵管因子 ☐ 原因不明 ☐ その他 ()	☐ はい ☐ いいえ

体外受精・顕微授精の方に質問です。 着床前診断（例：PGT-A など）はされましたか。	☐ はい ☐ いいえ ☐ 該当せず
現在、妊婦健診はどちらの施設で受けていますか。 施設名（ ）	
分娩施設はどちらですか。 施設名（ ）	
今回の妊娠に関して、医師から妊娠や胎児に関して何か指摘を受けましたか。あれば記入ください。 []	☐ はい ☐ いいえ

NIPT 検査・出生前検査についてお伺いします

NIPT を希望または検討されている理由を教えてください。 ☐ 年齢が高い ☐ 染色体疾患児の妊娠歴あり ☐ 産科医から異常を指摘された ☐ 不安 ☐ 流産が多かった ☐ 家族からの勧め 自由記載 []
当院 NIPT 外来について、どちらで知りましたか。 ☐ 当院の外来 ☐ 当院の HP ☐ 知り合いから ☐ その他（ ）
当院の NIPT 外来を受診された理由を教えてください。 ☐ 地理的条件 ☐ 金額 ☐ 予約がとれた ☐ 当院で分娩予定 ☐ その他（ ）

最後に

遺伝カウンセリング担当者に伝えたいことがあれば教えてください []
