

NIPT検査 問診票

受付番号

ID

受診日

氏名

「お薬手帳」をお持ちですか？ → はい ・ いいえ ※ご提出をお願いします。

当院では、安全な検査や治療を提供するために、かかりつけ医や治療中・通院中の病院などがある場合には、同意を頂いて「情報提供書(紹介状)」をお願いしています。

かかりつけ医をお持ちですか？ → はい ・ いいえ

これまでの治療経過を他院に確認する事にご了承いただけますか？ はい ・ いいえ

1. 緊急時の連絡先を教えてください。

ご本人の携帯電話番号： () —

ご家族の携帯電話番号： () — 氏名： (続柄)

2. 現在の妊娠について

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">現在の妊娠週数 ____ 週 ____ 日<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 排卵誘発 <input type="checkbox"/> 人工授精<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微受精分娩予定日：20__年__月__日分娩予定日決定法：<input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 胚移植日最終月経：20__年__月__日から__日間、<input type="checkbox"/> わからない通院中の産科医療機関名 ()、担当医氏名 () | 体外受精、顕微受精の場合は、ご記入下さい。
採卵日：____年____月____日
移植日：____年____月____日 |
|---|---|

3. 生活・体質などについて

- 現在、喫煙されていますか？ (吸わない・ 吸う____本/日)
- アレルギーはありますか？ (ない・ ある)
→薬剤 (____) ・花粉症・アトピー・喘息・食物 (____) ・金属
- 今まで病気や手術をしたことはありますか？ (ない・ ある)
→高血圧、糖尿病、全身性エリテマトーデス(SLE)、抗リン脂質抗体症候群(APS)
- 手術の経験 (____)
- 現在、使用中の薬はありますか？ なし・ ある (____)

4. その他

- 結婚されていますか？ (はい・ いいえ・ 結婚予定)
パートナー氏名 ()、年齢 () 歳、職業 ()
- ご本人、パートナー及びご兄弟、ご両親、生まれたお子様について染色体や遺伝子検査を行ったことはありますか？
()

(裏面へ続く)

・以下に当てはまる方は□にチェックをして下さい。

※当てはまる場合、NIPTで正確な結果が出ないことがあります。

- 悪性腫瘍がある。
- ヘパリン注射を使用している。
- 全身性エリテマトーデス(SLE)、抗リン脂質抗体症候群(APS)と言われた。
- 妊娠初期に双胎の一児流産(バニッシングツイン)と言われた。
- 上記の全てに当てはまらない。

5. 妊娠・出産歴について

・妊娠歴 _____ 回 (現在の妊娠は含めず) ※書ききれない場合は空欄に記載してください。
 うち出産 (____回)、流産 (____回)、中絶 (____回)、子宮外妊娠 (____回)

流産歴	経過	妊娠週数	医療機関
1 年 月 日	化学流産・流産・子宮外妊娠・中絶		
2 年 月 日	化学流産・流産・子宮外妊娠・中絶		
3 年 月 日	化学流産・流産・子宮外妊娠・中絶		

出産歴	性別	体重	週数	医療機関	分娩方法	先天疾患など
1 年 月 日	男・女	g				
2 年 月 日	男・女	g				
3 年 月 日	男・女	g				

・過去の妊娠の際、出生前検査を受けられましたか？

- いいえ
- はい 検査内容 ()、医療機関名 ()

<新型出生前検査(NIPT)を受ける方のチェックリスト> (検査前には、下記の準備が必要です)

■NIPT同意書 新型出生前検査(NIPT)をご希望の方は、NIPT同意書に本人とパートナーの方の署名が必要です。お一人で来院される際は、あらかじめホームページよりダウンロードして署名の上、忘れず持参して下さい。

■NIPT検査説明動画 (約20分)

NIPT検査前には、事前学習用動画をご覧頂く必要があります。

本紙右下のQRコードから、ご自宅でもご覧頂けます。

事前学習用動画URL

<https://youtu.be/avDmc7ifDUY>

