

NIPT問診票

フリガナ		生年月日	年	月	日(歳)	
お名前		身長 (,) cm	体重 (,) kg			
ご住所	〒					
		お電話番号				

■ 該当する項目すべてに☑をお願いします。また、() 内をご記入ください。

- ・ 本日の妊娠週数： () 週 () 日
 - 最終月経 超音波 不妊治療
- ・ 胎児数
 - 単胎
 - 双胎
- ・ 出生前診断検査をご相談にいらした理由を教えてください。
 - 高年妊娠
 - 母体血清マーカー検査で異常をしてきされた
 - 超音波検査等で異常を指摘をされた
 - あなた、配偶者・パートナーの家系に染色体異常を含む先天異常の家族歴がある
 - その他 ()

■ ご自身についてお聞かせください。

- ・ 妊娠歴について
 - 出産 () 回、 流産 () 回、 中絶 () 回
- ・ 今回の妊娠について
 - 自然妊娠 人工授精 体外授精 顕微授精
- ・ 人種について
 - 日本人 その他 ()
- ・ 喫煙について
 - なし 10本/日未満 10本/日以上
- ・ 現在治療中の病気
 - 子宮筋腫 卵巣腫瘍 自己免疫疾患 ()
 - その他 ()
- ・ 現在使用中のお薬
 - なし あり ()

■ 配偶者・パートナーについて

フリガナ		生年月日	年	月	日(歳)
お名前					

- ・ 人種について
 - 日本人 その他 ()
- ・ 喫煙について
 - なし 10本/日未満 10本/日以上

ご記入ありがとうございました。