

めぐみクリニック  
遺伝カウンセリング 問診票

受 診 日	20	年	月	日
出産予定日		年	月	日
本日の週数		週	日 ( 単胎 ・ 多胎 )	

フリガナ 氏名	生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳 )			
ローマ字	<input type="checkbox"/> 既婚 (本人 歳時 )			
住所	<input type="checkbox"/> 未婚 (入籍予定：あり ・ なし)			
連絡先(日中ご連絡がとれるお電話番号)	夫・パートナーの年齢 歳			
職業	既往歴 (病気や手術)			
国籍 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )	現在使用しているお薬			
身長 cm	体重 kg	糖尿病の有無 あり ・ なし		
喫煙 (妊娠前も含めて) あり ・ なし	ヘパリン使用	あり ・ なし		

1. 本日来談された目的について あてはまるものに○をつけてください (複数回答OK)

- ( ) 高齢妊娠が心配  
 ( ) 超音波検査などで気になる指摘をされた  
 ( ) 赤ちゃんへの薬の影響が心配 薬の名前 ( )  
 ( ) 今までに病気のあかちゃんを妊娠・出産したことが心配  
 (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ので心配  
 あなたとの関係 : ( )  
 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  
 ( ) その他 ( )

2. 本日の来談者 < 本人 ・ パートナー ・ 子 ・ 親 ・ その他 ( ) >

3. 今までに遺伝カウンセリングを受けたことがありますか < ある ・ なし >

4. NIPTや羊水検査などの出生前検査を受けたことはありますか < ある ・ なし >

5. 家族内にいとこ婚などありますか < ある ・ なし >

6. 今回の妊娠について いずれかに○をつけてください

- ( ) 自然妊娠  
 ( ) 不妊治療後の妊娠 ⇒ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顎微授精 ・ その他 ( )  
 < 採卵日 20 年 月 日 / 移植日 20 年 月 日 >  
 最終胎児心拍確認日 : 20 年 月 日  
 妊婦健診施設 : \_\_\_\_\_ 分娩予定施設 : 同左 • \_\_\_\_\_

7. 妊娠歴

	分娩年月日	いずれかに○をつけてください	性別	体重g	分娩場所	児の病気など
1	.	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 中絶 ・ 流産 ( 週 )				
2	.	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 中絶 ・ 流産 ( 週 )				
3	.	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 中絶 ・ 流産 ( 週 )				
4	.	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 中絶 ・ 流産 ( 週 )				
5	.	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 中絶 ・ 流産 ( 週 )				

8. 当院の出生前診断についてはどのようにお知りになりましたか あてはまるものに○をつけてください

- ホームページ ・ インターネット ・ 情報誌 ・ 友人 ・ その他 ( )