

## 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

■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。