



お名前 _____ 生年月日 西暦 年 月 日 年齢 _____ 歳 体重 _____ kg 身長 _____ cm

ご職業 _____ ご住所 〒 _____

連絡先電話番号 _____ (自宅・携帯) 分娩予定日 西暦 年 月 日

お電話は(個人名で・病院名で) 可能な時間帯() 留守録(OK・NG)

○出生前検査について(下記に☑を入れてください)

☐ とりあえず、話をきいてみたい。

☐ 検査を受けようかと迷っている。

☐ 検査を受けたい→どのような検査を希望されていますか?(次項から選択ください)

()

○どのような検査をご存じですか?(複数☑も可)

☐ NT測定 ☐ 母体血清マーカー検査(クアトロテスト・トリプルマーカー検査)

☐ 羊水検査 ☐ 絨毛検査 ☐ NIPT(いわゆる新型出生前検査)

☐ その他()

○相談にいらした理由を教えてください(複数☑も可)

☐ 高齢妊娠

☐ エコー等で胎児について気になることを指摘されている

()

☐ これまでに、染色体疾患の赤ちゃんを妊娠したことがある

→検査結果をご持参ください。あるいはどのような染色体だったのか教えてください

()

☐ 家族が心配している→誰がどんな心配をされていますか?()

☐ その他()

○あなたの既往歴・現病歴について教えてください(下記に☑を入れてください)

・現在大きな病気を持っておられますか? ☐ ない ☐ ある

()

・その他に、以前かかった病気はありますか? ☐ ない ☐ ある

()

・心の不調が理由で医療機関を受診したことが、☐ ない ☐ ある

()

・現在使用中のお薬は、☐ ない ☐ ある

()

・あなたの喫煙について、☐ 喫煙なし ☐ 10本/日未満 ☐ 10本/日以上

・あなたの人種について、☐ 日本人 ☐ その他()

・あなたのRhD血液型は、☐ RhD陽性 ☐ RhD陰性 ☐ 不明

○今回の妊娠について(下記に☑を入れてください)

☐ 自然妊娠 ☐ 排卵誘発剤使用 ☐ 人工授精(AIH・AID) ☐ 体外受精もしくは顕微授精

○今回、体外受精 / 顕微授精での妊娠の場合(下記に☑を入れてください)

・体外受精(IVF) ☐ 新鮮 ☐ 凍結 移植胚(初期胚 個、胚盤胞 個)

・顕微授精(ICSI) ☐ 新鮮 ☐ 凍結 移植胚(初期胚 個、胚盤胞 個)

☐ GIFT ☐ ZIFT ☐ 卵子提供(提供者年齢 歳)

採卵日(20 年 月 日)、採卵時年齢(歳 か月時)

移植日(20 年 月 日)、移植胚数(初期胚 個、胚盤胞 個)

男性因子(☐ なし ☐ あり) 治療した病院()

○ご結婚について

□未婚（入籍予定は、☐ある ☐ない ☐未定）

□既婚（ 歳）☐離婚（ 歳）☐再婚（ 歳）

○パートナー（夫）について

お名前（） 現在（ 歳） 職業（）

・血縁関係は、☐ない ☐ある（いとこ婚・その他（））

・喫煙について ☐喫煙なし ☐10本/日未満 ☐10本/日以上

・人種について ☐日本人 ☐その他（）

○あなたやパートナー（夫）の血縁者について

・ご家族がかかったことのある、あるいは現在治療中のご病気はありますか？

☐いいえ ☐はい（以下に血縁関係と病名をご記入ください）

あなたの血縁者（）

パートナー（夫）の血縁者（）

・あなたやパートナー（夫）の血縁者に、先天性あるいは遺伝性の病気、その他気になる病気はありますか？

☐ない ☐ある（以下に血縁関係と病名をご記入ください）

あなたの血縁者（）

パートナー（夫）の血縁者（）

★枠内は、当センターで妊婦健診を受けられている方は記入不要です★

・これまでの妊娠・分娩歴を教えてください

年 月	施設名	妊娠週数	分娩・流産・中絶	性別	出生体重	妊娠中の異常	分娩中の異常	児の健康状態	備考
20 年 月		週	分娩・帝王切開・流産・中絶	男・女	g	なし・あり	なし・あり	健康・病気・死亡	
20 年 月		週	分娩・帝王切開・流産・中絶	男・女	g	なし・あり	なし・あり	健康・病気・死亡	
20 年 月		週	分娩・帝王切開・流産・中絶	男・女	g	なし・あり	なし・あり	健康・病気・死亡	
20 年 月		週	分娩・帝王切開・流産・中絶	男・女	g	なし・あり	なし・あり	健康・病気・死亡	
20 年 月		週	分娩・帝王切開・流産・中絶	男・女	g	なし・あり	なし・あり	健康・病気・死亡	
20 年 月		週	分娩・帝王切開・流産・中絶	男・女	g	なし・あり	なし・あり	健康・病気・死亡	

・今回の胎児数・・・☐単胎 ☐双胎 ☐品胎 ☐その他（）

・胎児心拍の最終確認日は、20 年 月 日（ 週 日）

・妊婦健診を受ける病院（）、分娩予定病院（）

○その他、ご心配なことや気になっていることなど、何でもお書きください。

★以上です。ありがとうございました★