

～周産期遺伝外来を受診される方へ～

周産期遺伝外来の受診前に、下記の間診にご協力お願いいたします。

○妊婦について

受診日：(西暦) 年 月 日

お名前： 年齢： 歳 国籍： 日本 ・(その他 )

ご住所： 連絡先：

血液型： RhD (+ ・ - ・ 不明) ご職業：

既往歴・手術歴： 子宮筋腫 卵巣腫瘍 自己免疫疾患 その他 ( )

現在使用中の薬剤： なし アスピリン ステロイド ヘパリン その他 ( )

飲酒： 有 (量： )・無 喫煙： 有 ( 本/日)・無

現在の身長・体重： cm kg

現在の妊娠週数： 週 日 分娩予定日：西暦 年 月 日

妊娠週数算出方法： 最終月経 超音波 体外受精周期 排卵日指定 決定方法不明

○パートナーについて

お名前： 年齢： 歳 国籍： 日本 ・(その他 )

飲酒： 有 (量： )・無 喫煙： 有 ( 本/日)・無

○今回の妊娠における不妊治療の有無

1.自然妊娠 2.人工受精 3.タイミング療法 4.排卵誘発剤使用 5.体外受精・胚移植

6.顕微授精 7.凍結胚使用 (採卵時母体年齢 歳 か月)

※裏面に続きます→

## ○これまでの妊娠について

妊娠・出産歴： 妊娠（流産・中絶を含む） \_\_\_\_\_ 回 出産： \_\_\_\_\_ 回

	出産 年齢	流産 人口中絶	経膈分娩 帝王切開	分娩 週数	児体重 性別	特記事項
1		流産・人工中絶	経膈分娩・帝王切開	週 日	g 男・女	
2		流産・人工中絶	経膈分娩・帝王切開	週 日	g 男・女	
3		流産・人工中絶	経膈分娩・帝王切開	週 日	g 男・女	
4		流産・人工中絶	経膈分娩・帝王切開	週 日	g 男・女	

## ○確認事項

●個人情報保護法のもとで、匿名化したデータ公表を行う場合があることに同意されますか？

( はい ・ いいえ )

●検査陽性と判定された場合、および判定保留においてその実施が必要と考えられる場合、確定検査として

羊水検査を受けることを承諾されますか？

( はい ・ いいえ )

●検査陽性もしくは判定保留の際に、事前の電話連絡を希望しますか？

( はい ・ いいえ )

「はい」と選択された方へ

平日の9時～17時で対応可能な連絡先を教えてください。

電話番号： \_\_\_\_\_ (連絡先： 妊婦 ・ パートナー )

希望する時間帯※： \_\_\_\_\_ 曜日 時 分～ 時 分頃

※必ずご希望の時間帯にご連絡できるとは限りません。