

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長: _____ cm

氏名: _____

体重: _____ kg

出生前検査 問診票

本日の受診について

- 受診理由をお聞かせください。(高齢妊娠、超音波で胎児異常、家族の遺伝性疾患など)
 - 高年妊娠 超音波で異常を指摘された 遺伝性疾患の家族歴がある
 - 妊娠にあたって心配なことがある (具体的に: _____)
- 検査の希望項目を教えてください。
 - NIPT(非侵襲性出生前遺伝学的検査) 羊水検査 未定

現在・これまでの妊娠について

- 本日の妊娠週数と妊娠方法について教えてください。 妊娠週数 _____ 週 _____ 日
 - 自然妊娠 排卵誘発 人工授精 タイミング法
 - 体外受精 顕微授精 → 体外受精・顕微授精の方:採卵時年齢 _____ 歳
- 今回の妊娠について
 - 単胎 双胎
- これまでの妊娠歴について教えてください。
 - 出産 _____ 回(分娩の異常: _____) 自然流産 _____ 回 人工流産 _____ 回

生活・病歴について

- 現在、何か病気はされていますか。また、使用しているお薬があれば教えてください。
 - 特になし 子宮筋腫 卵巣腫瘍
 - 自己免疫疾患 病名: _____ (現在使用中の薬: _____)
 - その他 病名: _____ (現在使用中の薬: _____)

配偶者・パートナーについて

- 年齢 _____ 歳
- 男性因子の不妊はありましたか。 あり なし わからない

※初回受診日には必ず夫婦もしくはカップルが二人そろって受診してください。

.....以下は担当者が記入します.....

日本海総合病院 ID: _____ 初回受診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日(採血日: _____ 月 _____ 日)