

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) <input type="checkbox"/> 未婚 (入籍予定: あり ・ なし)			
住所	夫 ・ パートナーの年齢 歳			
連絡先(日中ご連絡がとれるお電話番号)	既往歴 (病気や手術)			
職業	現在使用しているお薬			
国籍 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	糖尿病の有無 あり ・ なし			
身長 cm 体重 kg (直近の値)	へパリン使用 あり ・ なし			
喫煙 (妊娠前も含めて) あり ・ なし				

- 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 ()
- 本日の来談者 < 本人 ・ パートナー ・ 子 ・ 親 ・ その他 () >
- 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 >
- 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 >
- 家族内にいとこ婚などありますか < ある ・ なし >
- 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 ・ 顕微授精 ・ 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)				

- 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 ()