出生前カウンセリング外来問診票（院内用）　　　　　　記入日（西暦）　　　　年　　　月　　日

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿歳

体重＿＿＿＿㎏　身長＿＿＿＿cm

ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先Tel＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 以前の妊娠について最初から順に記入してください。（今回の妊娠は除きます）

1. ＿＿＿＿年　＿＿月　出産（普通分娩・帝王切開）・流産・中絶　（　　　　　　　　　）男・女

2. ＿＿＿＿年　＿＿月　出産（普通分娩・帝王切開）・流産・中絶　（　　　　　　　　　）男・女

3. ＿＿＿＿年　＿＿月　出産（普通分娩・帝王切開）・流産・中絶　（　　　　　　　　　）男・女

4. ＿＿＿＿年　＿＿月　出産（普通分娩・帝王切開）・流産・中絶　（　　　　　　　　　）男・女

5. ＿＿＿＿年　＿＿月　出産（普通分娩・帝王切開）・流産・中絶　（　　　　　　　　　）男・女

6. ＿＿＿＿年　＿＿月　出産（普通分娩・帝王切開）・流産・中絶　（　　　　　　　　　）男・女

7. ＿＿＿＿年　＿＿月　出産（普通分娩・帝王切開）・流産・中絶　（　　　　　　　　　）男・女

1. 本日の受診まで以下のいずれの施設で診療を受けられていますか。

（　　）　りんくう総合医療センター・市立貝塚病院

（　　）　その他の医療機関　　医療機関名；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　担当医師；＿＿＿＿＿＿＿

1. 相談にいらした理由を教えてください。

□高齢妊娠

□エコー等で胎児に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

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□家族が心配している→だれがどんな心配をされていますか。（　　　　　　　　　　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 出生前検査について

□とりあえず、話を聞いてみたい。

□検査を受けるか迷っている。

□検査を受けたい。→現時点でのご希望を下記からお選びください。

□NIPT　　□母体血清マーカー（クアトロ検査）　□NT検査　　□羊水検査　□未定

1. ご自身の既往歴や現病歴などについてお教え下さい。

・現在通院されている病気がありますか。□なし　□あり

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・その他に以前罹った病気や手術をされたことがありますか。□なし　□あり

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・現在使用中のお薬はありますか。□なし　□あり

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・喫煙について　□喫煙なし　□喫煙あり（　本／日）

・血液型について　A・B・O・AB型　Rh式血液型　＋・－・不明

・アレルギーについて　□なし　□あり（　　　　　　　）

1. 分娩予定日　　　　＿＿＿＿年　＿＿＿月　＿＿＿日

本日の妊娠週数　　＿＿＿週　＿＿＿＿日　予定日の時点での年齢＿＿＿＿歳

1. 赤ちゃんの人数　　（　）ひとり　（　）ふたご　（　）みつご以上
2. 今回の妊娠方法

□自然妊娠　□タイミング療法　□人工授精

□体外受精　□顕微授精

→採卵時の年齢　＿＿歳　＿＿ヶ月（採卵日；　　　　年　　月　　日）

　男性因子　□なし　□あり

1. ご結婚について

□未婚（入籍予定　□あり　□なし　□未定）

□既婚（　　　歳）　　□離婚（　　　歳）　□再婚（　　　歳）

⑧　パートナー（夫）について

　お名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　現在　＿＿＿＿歳

・血縁関係　□なし　□あり（いとこ婚・その他　　　　　　）

・喫煙　□なし　□あり（　　本/日）

1. その他ご心配なことや気になっていることなどなんでもお書きください。

以上です。ありがとうございました。

外来受診時にお持ちください。