

ID: _____

氏名: _____

遺伝カウンセリング問診票

*ご記入していただいた個人情報は診療以外に使用することはありませんので、
正確にご記入をお願いいたします。

記入日 年 月 日

氏名(妊婦) _____ 生年月日(西暦) 年 月 日 年齢 歳

住所 〒 _____

電話番号 _____

• 配偶者(パートナー)

氏名 _____ 生年月日(西暦) 年 月 日 年齢 歳

電話番号 _____

該当する項目全てに✓をお願いします。()の部分はご記入をお願いします。

1. 今回、遺伝カウンセリングにいらした理由を教えてください

- 年齢が35歳以上
- 母体血清マーカーで異常を指摘された
- 超音波検査等で異常を指摘された
- あなたや配偶者(パートナー)に染色体異常を含む先天異常の家族がいる
- 不安や心配がある(具体的な内容: _____)
- その他(自由記載: _____)

2. ご自身についてお聞かせください

- ◆ これまでの妊娠歴について
妊娠()回、流産()回、中絶()回
- ◆ これまでの分娩歴について
出産()回
→分娩方法: 経膈分娩()回/帝王切開()回
- ◆ 今回の妊娠について
 自然妊娠 人工授精 体外受精 顕微授精
胎児の数 (_____)

ID: _____

氏名: _____

- ◆ 喫煙について
 なし 1日10本未満 1日10本以上

- ◆ 現在治療中の病気について
 なし 子宮筋腫 悪性腫瘍
 自己免疫性疾患 (_____)
 その他 (_____)

- ◆ 現在使用中の薬剤について
 なし あり (_____)

3. 以下に該当するものはありますか。あれば✓をお願いします。

- ヘパリン注射をしている
- 妊娠初期に双胎妊娠といわれた
- 悪性腫瘍がある

ご記入ありがとうございました。

- 遺伝カウンセリングにいらっしゃる際には、**事前学習用ビデオの視聴と事前学習アンケートの記入・持参**が必要です。自宅でのビデオ視聴が難しい場合は、事前に当院へご相談ください。



事前学習用ビデオ QR コード