

遺伝カウンセリング問診票

受診日 20 年 月 日

フリガナ	生年月日	
氏名	西暦 年 月 日 (歳)	
	既婚 (本人 歳時)	パートナーの年齢
ローマ字	未婚 (入籍予定 有・無)	歳
職業	病気や手術の経験・使用している薬	
国籍 (人種) : <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> その他 ()		
身長: cm 体重: kg	糖尿病の有無やヘパリンをご使用の方はご記入ください	
喫煙 (妊娠直前も含めて) 有 ・ 無		

1. 本日来談された目的について、あてはまるものについて○をつけてください

- () 高齢妊娠が心配
- () 友人に勧められた
- () 超音波検査などで気になる指摘をされた
- () 配偶者、パートナー、家族 (どなた) が心配している
- () 赤ちゃんへの薬の影響が心配 薬の名前 ()
- () 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: ()
- () 今までに病気の赤ちゃんを妊娠・出産したことが心配
(具体的に:)
- () その他 ()

2. 本日の来談者 < 本人 ・ パートナー ・ 子 ・ 親 ・ その他 () >

3. 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 >

4. 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 >

5. 家族内にいとこ婚などありますか < ある ・ なし >

※他院からお越しの方は裏ページ (2枚目) の質問にもお答えください

6. 妊娠されている場合は、いずれかに○をつけてください

() 自然妊娠 最終月経 年 月 日

() 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 年 月 日 / 移植日 年 月 日 >

予定日： 年 月 日 (出産時年齢 歳)

現在： 週 日 < 単胎 ・ 多胎 >

最終胎児心拍確認日： 年 月 日

妊婦健診施設： _____ 分娩予定施設： 同左 ・ _____

7. 妊娠されたことがある場合は、下記表に記入してください (化学流産もご記入ください)

妊娠回数	いつ	いずれかに○をつけてください	児の病気などがあれば
1	年 月 日	正常分娩・帝王切開・中絶・流産(週)	
2	年 月 日	正常分娩・帝王切開・中絶・流産(週)	
3	年 月 日	正常分娩・帝王切開・中絶・流産(週)	
4	年 月 日	正常分娩・帝王切開・中絶・流産(週)	
5	年 月 日	正常分娩・帝王切開・中絶・流産(週)	

8. 当院をどのようにお知りになりましたか (あてはまるものについて○をつけてください)

インターネット ・ 情報誌 ・ 友人 ・ その他 ()

ご記入ありがとうございました。

吉本レディースクリニック 産婦人科