

～NIPT 外来を受診される方へ～

NIPT 外来の受診前に、下記の間診にご協力お願いいたします。

○妊婦について

受診日:(西暦) 年 月 日

お名前: 年齢: 歳 国籍: 日本・(その他)

ご住所: 連絡先:

血液型: RhD (+・-・不明) ご職業:

既往歴・手術歴: 子宮筋腫 卵巣腫瘍 自己免疫疾患 その他()

現在使用中の薬剤: なし アスピリン ステロイド ヘパリン その他()

飲酒: 有(量:)・無 喫煙: 有(本/日)・無

現在の身長・体重: cm kg

現在の妊娠週数: 週 日 分娩予定日:西暦 年 月 日

妊娠週数算出方法: 最終月経 超音波 体外受精周期 排卵日指定 決定方法不明

○パートナーについて

お名前: 年齢: 歳 国籍: 日本・(その他)

飲酒: 有(量:)・無 喫煙: 有(本/日)・無

○今回の妊娠における不妊治療の有無

1.自然妊娠 2.人工受精 3.タイミング療法 4.排卵誘発剤使用 5.体外受精・胚移植

6.顕微授精 7.凍結胚使用(採卵時母体年齢 歳 か月)

○これまでの妊娠について

妊娠・出産歴： 妊娠(流産・中絶を含む) _____ 回 出産： _____ 回

	出産 年齢	流産 人工中絶	経膈分娩 帝王切開	分娩 週数	児体重 性別	特記事項
1		流産・人工中絶	経膈分娩・帝王切開	週 日	g 男・女	
2		流産・人工中絶	経膈分娩・帝王切開	週 日	g 男・女	
3		流産・人工中絶	経膈分娩・帝王切開	週 日	g 男・女	
4		流産・人工中絶	経膈分娩・帝王切開	週 日	g 男・女	

○確認事項

●個人情報保護法のもとで、匿名化したデータ公表を行う場合があることに同意されますか？

(はい ・ いいえ)

●検査陽性と判定された場合、および判定保留においてその実施が必要と考えられる場合、確定検査として羊水検査を受けることを承諾されますか？

(はい ・ いいえ)

●検査陽性もしくは判定保留の際に、事前の電話連絡を希望しますか？

(はい ・ いいえ)

「はい」と選択された方へ

平日の14時～16時で対応可能な連絡先を教えてください。

電話番号： _____ (連絡先： 妊婦 ・ パートナー)

希望する時間帯※： _____ 曜日 _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 頃

※必ずご希望の時間帯にご連絡できるとは限りません。