NIPT 受診前調査票

「NIPT カウンセリング外来」を受診される妊婦さまおよび配偶者（パートナー）の方へ、聞き取り調査を行っております。円滑にカウンセリングをお受けいただくために提出をお願いいたします。

記入日　　年　　月　　日

お名前　　様　　ID 番号

※答えを〇で囲んでください。

①当院で分娩予定ですか？

はい　・　いいえ

②単胎妊娠ですか？
※双胎（ふたご）の妊婦さまの NIPT については、埼玉医科大学総合医療センターへ紹介となります。

はい　・　いいえ

③妊娠初期に赤ちゃんの胎嚢（赤ちゃんを包んでいる袋）が 2 つあるといわれたことがありますか？

はい　・　いいえ

④今回 NIPT の受診を希望する動機をお教えください。

⑤NIPT 検査を受けるにあたり、不安なことや疑問点などはありますか？

⑥妊婦さまおよび配偶者(パートナー)のご家族で、内科的疾患や遺伝性疾患の症状がある方はいますか？
※「はい」の方は続柄をご記入ください（ 例. 父 ）。

〈 妊婦さま 〉　いいえ　・　はい

高血圧　　糖尿病

がん　　その他

〈 配偶者(パートナー) 〉　いいえ　・　はい

高血圧　　糖尿病

がん　　その他

次のページへ ＞

以下は、妊婦さまへおたずねします。

※答えを〇で囲み、「はい」の方はご記入ください。

⑦これまで婦人科疾患を指摘されたことがありますか？

いいえ　・　はい

・卵巣嚢腫　（大きさは？　約　　cm）

・子宮筋腫　（大きさは？　約　　cm）

子宮筋腫が原因と考えられる痛みは現在ありますか？　はい　・　いいえ

・その他の疾患 _____

⑧現在、内服している薬はありますか？

いいえ　・　はい　（薬品名　　）

⑨現在、ヘパリンは使用中ですか？

いいえ　・　はい　１回（　　）単位 ／ １日（　　）回 ／ 妊娠（　　）週まで使用予定

⑩現在、下記の内科疾患を指摘されていますか？
もしくは、以前指摘されたことはありますか（疑いや完治も含む）？

いいえ　・　はい

・全身性エリテマトーデス（SLE）

・潰瘍性大腸炎

・その他免疫疾患 _____

・悪性腫瘍（がんなど） _____

・その他の疾患 _____