

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 20 年 月 日 (歳)	
ローマ字		
職業	既婚 ・ 未婚	パートナーの年齢
国籍(人種) <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> その他()		歳
身長 cm 体重 kg	既往(病気や手術の経験・服用している薬等があれば)	
喫煙(妊娠直前) 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
- () 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者がいるので心配
あなたとの関係: ()
疾患名または症状: ()
- () 病気の赤ちゃんの妊娠・出産歴が心配(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 (いずれかに○をつけてください) >
4. 家族内にいとこ婚などありますか < ある ・ なし (いずれかに○をつけてください) >
5. 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
- () 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 ・ _____

6. 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

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)	

7. 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 ()