

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)             |          |  |
| 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 ( )