

NIPT問診表

ID	
記入日	年 月 日

お名前	ふりがな			年齢	才	ご職業		
生年月日	S・H	年 月 日	身長	cm	妊娠前 体重	kg	病院 記入欄	BMI
現住所	〒				固定TEL			
					携帯TEL			
						緊急連絡先		

※日中連絡がつく連絡先

以下の当てはまる項目に記入 ○印をお願いします。

1. 今回の妊娠について

最終月経 年 月 日 ~ 年 月 日 日間

分娩予定日 年 月

妊娠における不妊治療の有無： あり ・ なし

タイミング法 ・ 人工授精 AIH ・ 排卵誘発剤使用 ・ 体外受精 (胚移植 ・ 凍結胚)

4. これまでに、妊娠・出産のご経験はありますか

なし ・ ある

5. あるとお答えになった方

・妊娠(今回の妊娠含む) 回 ・出産(22週以降) 回
 ・流産 回 ・中絶 回

6. これまでの出産状況

出産年月日	性別	出生体重	週数		特記事項
年 月 日		g	週 日	経膈分娩 ・ 帝王切開	流産 ・ 中絶
年 月 日		g	週 日	経膈分娩 ・ 帝王切開	流産 ・ 中絶
年 月 日		g	週 日	経膈分娩 ・ 帝王切開	流産 ・ 中絶
年 月 日		g	週 日	経膈分娩 ・ 帝王切開	流産 ・ 中絶

7. 下記の内容に該当しますか

・母体に遺伝子異常がある ・幹細胞治療を受けたことがある ・免疫療法を受けたことがある
 ・臓器移植を受けたことがある ・過去12カ月に輸血を受けた

8. パートナーについて教えてください

・ 既婚 / 未婚 / 予定

・ 氏名 :

・ 生年月日

S ・ H 年 月 日 (歳)

・ 職業 :

・ 電話番号 :



Kusanagi Maternity Clinic