

出生前カウンセリング外来問診票

記入日

年

月

日

診察券番号 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

連絡先電話番号（携帯） \_\_\_\_\_

（自宅） \_\_\_\_\_

お電話可能な時間帯（ \_\_\_\_\_ ） 留守電（OK・NG）

該当する選択肢に☑をお願いします。

1) NIPT について

- 話を聞いてみたい
- 検査を受けようかどうか迷っている
- 検査を受けることをほぼ決めている
- NIPT 以外で迷っている検査がある（下記に該当あれば☑）
  - 母体血清マーカー検査（クアトロテスト）
  - 羊水検査
  - 超音波検査

)

2) 相談にいらした理由を教えてください（複数☐も可）

- 高年妊娠
- 漠然とした不安
- 家族が心配している（誰がどんな心配されているかなど）  
( \_\_\_\_\_ )
- これまでの健診で胎児について気になることを指摘されている  
( \_\_\_\_\_ )
- これまでに、染色体疾患の赤ちゃんを妊娠したことがある  
もしわかればどのような染色体だったのか教えてください  
( \_\_\_\_\_ )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

