# 出生前検査についての問診票

* **原則、カウンセリングは（夫・パートナー）と一緒に受けていただきます。**

お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ご職業：

・遺伝カウンセリングを受けられる方： □本人 □家族：続柄（ 夫 ・ パートナー ・ その他 ）

・居住地： □福岡県内 □福岡県外：（ 　　 ）

・結婚された時期： 年 月 □結婚予定

・夫またはパートナーの年齢： 　歳 ご職業：

■どのような出生前検査を検討されていますか？ 該当項目にチェックをお願いします。

* 無侵襲的出生前遺伝学的検査（NIPT、新型出生前検査）
* 母体血清マーカー検査（クアトロ検査）
* 羊水染色体検査
* その他（出生前遺伝子検査など）

■今回の妊娠はどちらですか？

□単胎　□双胎（膜性などお分かりの方はご記入ください：　　 　　　　　　　　　　　　）

・週　数：　　 月　　　日 現在　　　　　週　　　　日

・分娩予定日：　　　　　年　　　月　　　日　　起算：□最終月経 □超音波 □体外受精周期

（※帝王切開の日ではありません）

・今回の妊娠方法：□自然妊娠　□排卵誘発剤　□人工授精(AIH)　□体外受精（IVF、ICSI）

・体外受精の方：□新鮮胚移植 □凍結胚移植： 年 月に採卵（採卵時年齢 歳）

■妊娠分娩歴（これまでの妊娠・出産について教えて下さい）

1. 年 　 月 （妊娠 週）　流産　 / 　 g、 男・女、経腟分娩・帝王切開
2. 年 　 月 （妊娠 週）　流産　 / 　 g、 男・女、経腟分娩・帝王切開
3. 年 　 月 （妊娠 週）　流産　 / 　 g、 男・女、経腟分娩・帝王切開
4. 年 　 月 （妊娠 週）　流産　 / 　 g、 男・女、経腟分娩・帝王切開

■健診を受けている医療機関：

■分娩予定の医療機関： □上記と同じ □他施設（施設名： 　　　　 ）