

遺伝カウンセリング問診票

	氏名・生年月日	血液型	職 業	今までにかかった主な病気
本 人	()歳 年 月 日生	Rh()		
配 偶 者	()歳 年 月 日生	Rh()		

◇結婚歴は 1. 既婚：結婚時の年齢 () 歳 2. 未婚（近々結婚予定 有 無）

◇出生前診断、遺伝カウンセリング、その他の相談を希望されている理由をお書き下さい。

[]

◇当院を受診されるきっかけは何ですか？（例：主治医あるいは家族の勧め、夫婦の希望 等）

()

◇病気の子が生まれる確率について、医師などからどのような説明を受けましたか？

例：100 人に 1 人くらいの確率 等

()

◇あなたの妊娠歴について（流産、中絶も含めて古い順にお書き下さい）

年 月 日	出産、流産、中絶	分娩週数	児体重	性別	健康状態	その他

◇今回の妊娠について（現在妊娠中の方のみお答えください）

・最終月経 年 月 日 ・分娩予定日 年 月 日

・以前に羊水検査などの出生前診断を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい（ 当院 ・ 他院 ） ・ 相談に来たことはある

↳ 検査の種類（ ）

・今回の妊娠で不妊治療はされましたか？ いいえ ・ はい（ ）

・抗凝固療法をされていますか？ いいえ ・ はい（ ヘパリン ・ バイアスピリン ）

・次のうちアレルギーのあるものに○をつけてください。

なし ・ あり（ 消毒薬 ・ 麻酔薬 ・ ゴム製品 ）

・現在までに妊娠の経過に異常はありませんか？ なし ・ あり（ ）

・分娩を予定している病院名は？ （ ）

◇今日はどなたと来院されましたか？ （ 一人 ・ 夫婦 ・ ）