

## 問診票

記入日 西暦 20 年 月 日

診察券 番号	当院で記入します				
ふりがな	姓	名	生年月日	西暦 年 月 日	年齢 歳
氏名			性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> その他	職業
			血液型	ABO式 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB	Rh式 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
ローマ字	姓	名	身長	cm	体重 Kg
住所	〒				
電話番号	自宅		携帯		

以下の質問について、該当するものにチェックし、各項目にご回答ください。

1. 本日の受診理由をお聞かせください。	
2. 現在、妊娠していますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> はい ◆現在の妊娠週数 週 日	
◆分娩予定日 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 修正の可能性あり	
↳ ※こちらには計画出産の日ではなく、40週0日にあたる日をご記入ください。	
◆最終月経 20 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> わからない	
◆胎児数 <input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> ふたご <input type="checkbox"/> その他 ( )	
◆通院中の産科医療機関名 ( ) ◆医師名 ( )	
◆分娩予定の産科医機関名 ( )	
※ことわりなく、こちらから上記の医療機関に連絡することはございません。	
3. 今回の妊娠についてお聞かせください。	
<input type="checkbox"/> 自然妊娠	
<input type="checkbox"/> 不妊治療あり ◆不妊治療を行った医療機関名 ( )	
<input type="checkbox"/> タイミング療法 ◆排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 人工授精 ◆排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 体外受精 ◆排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 顕微授精 ◆凍結胚の使用※ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ ( ) 日目の胚を移植	
◆採卵日※ 20 年 月 日 ◆胚移植日 20 年 月 日	
◆着床前診断 (PGT) の利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
↳ 検査の内容と結果 ( )	
▶ 上記の人工授精、体外受精、顕微授精による妊娠時に、卵子提供、精子提供を利用しましたか？	
<input type="checkbox"/> 卵子提供あり ◆提供者の生年月日 年 月 日 ◆提供者の年齢 歳	
※上記の凍結胚の使用、採卵日は卵子提供者の情報を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 精子提供あり	
◆その他、今回の妊娠に関して伝えておきたいこと	
( )	

引きつづき、2枚目もご記入ください。

## 4. 今回の妊娠において、通常の妊婦健診のほかに、他院で出生前検査を受けていますか？

 受けていない

 すでに受けた

 これから受ける予定

◆検査の種類 ※複数回答可

 精密超音波検査  NT 測定  クアトロテスト  NIPT (新型出生前検査)

 絨毛検査  羊水検査  その他 ( )

◆実施医療機関名 ( )

◆すでに受けた検査の結果 ( )

## 5. 過去の妊娠・出産についてお聞かせください。

**今回の妊娠を含め、妊娠回数** 回 ※化学流産は含めません。

## A) 出産について

年月日	分娩方法	妊娠週数	性別	出生時体重	医療機関名	児に先天的な疾患があれば記入
	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	g		
	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	g		
	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	g		

## B) その他の妊娠について

化学流産 回 ◆流産 回 ◆子宮外妊娠 回 ◆人工妊娠中絶 回 ◆死産 回

年月日	経過	妊娠週数	性別	医療機関名
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	

## 6. パートナー、ご結婚についてお聞かせください。

◆パートナーの氏名 ( ) ◆氏名のふりがな ( )

◆年齢 歳 ◆職業 ( )

◆パートナーとの血縁関係  なし  いとこ  はとこ  その他 ( )◆現在の結婚の有無  あり  なし  事実婚  入籍予定  その他 ( )

## 7. 遺伝学的背景の検討のため、ご本人、パートナーの人種をお聞かせください。 ※複数回答可

◆ご本人  非ユダヤ系白人  ユダヤ系  黒人  東アジア人 (日本・韓国・中国を含む)
 その他アジア人  その他 ( )
◆パートナー  非ユダヤ系白人  ユダヤ系  黒人  東アジア人 (日本・韓国・中国を含む)
 その他アジア人  その他 ( )

## 8. ご本人、パートナー、それぞれの血縁者、および過去の妊娠や生まれたお子様たちにおいて、染色体や遺伝子の検査を行ったことはありますか？

 いいえ

 はい ◆続柄 ( ) ◆検査内容 ( ) ◆結果 ( )

◆続柄 ( ) ◆検査内容 ( ) ◆結果 ( )

◆続柄 ( ) ◆検査内容 ( ) ◆結果 ( )

引きつづき、3枚目もご記入ください。



9. ご本人、パートナー、それぞれの血縁者、およびこれまでのお子様において、遺伝するかもしれない疾患や生まれつきの疾患、その他、難病や大きな障害をもつ方がいらっしゃいますか？

いいえ

はい ◆続柄 ( ) ◆疾患名 (不明の場合は症状) ( )  
 ◆続柄 ( ) ◆疾患名 (不明の場合は症状) ( )  
 ◆続柄 ( ) ◆疾患名 (不明の場合は症状) ( )  
 ◆続柄 ( ) ◆疾患名 (不明の場合は症状) ( )

10. 薬のアレルギーはありますか？

いいえ

はい ◆薬品名 ( )

11. 今までに大きな病気や手術をしたことはありますか？

A) 病気について

なし

あり  高血圧 ◆治療の有無  なし  あり ◆治療内容 ( )  
 糖尿病 ◆治療の有無  なし  あり ◆治療内容 ( )  
 その他の疾患 ( )  
 ◆治療の有無  なし  あり ◆治療内容 ( )

B) 手術について

なし

あり ◆手術した年齢 歳 ◆手術内容 ( )  
 ◆手術した年齢 歳 ◆手術内容 ( )

12. 現在、使用している薬はありますか？

いいえ

はい ◆薬品名 ( )

13. 喫煙されていますか？

A) 現在の喫煙

いいえ  はい→◆年齢 歳から ◆量 本/日

B) 過去の喫煙

なし  あり  妊娠以前にやめた ◆年齢 歳から 歳まで ◆量 本/日  
 妊娠してからやめた ◆年齢 歳から妊娠 週まで ◆量 本/日

C) パートナーの現在の喫煙

なし  あり→◆量 本/日

14. 現在、飲酒されていますか？

はい  いいえ→◆過去の飲酒  なし  あり

15. 当院を知ったきっかけをお聞かせください。

ホームページを見て  テレビ・雑誌・メディアを見て (名称 )

友人・知人の紹介  家族の紹介  他院からの紹介  その他 ( )

ご記入ありがとうございました。記入後は受付へお渡しください。

クリニックからのお願い：当院は完全予約制ですが、診察状況によってはお待たせする場合がございますので、ご了承いただければ幸いです。ご不明な点はスタッフにおたずねください。