

## NIPT 受診前調査票

「NIPT カウンセリング外来」を受診される妊婦さまおよび配偶者(パートナー)の方へ、聞き取り調査を行っております。円滑にカウンセリングをお受けいただくために提出をお願いいたします。

記入日 年 月 日

お名前

ID 番号

様

※答えを○で囲んでください。

①当院で分娩予定ですか？

はい ・ いいえ ※他院で分娩を予定されている方は NIPT を受けることができません。

②単胎妊娠ですか？

はい ・ いいえ ※双胎(ふたご)妊娠されている方は NIPT を受けることができません。

③妊娠初期に赤ちゃんの胎嚢(赤ちゃんを包んでいる袋)が2つあるといわれたことがありますか？

はい ・ いいえ

④今回 NIPT の受診を希望する動機をお教えてください？

⑤NIPT 検査を受けるにあたり、不安なことや疑問点などはありますか？

⑥妊婦さまおよび配偶者(パートナー)のご家族で、内科的疾患や遺伝性疾患の症状がある方はいますか？  
※「はい」の方は続柄をご記入ください(例. 父)。

〈 妊婦さま 〉 いいえ ・ はい

高血圧 糖尿病

がん その他

〈 配偶者(パートナー) 〉 いいえ ・ はい

高血圧 糖尿病

がん その他

次のページへ >

