

患者ID: _____

患者氏名: _____ 様

無侵襲的出生前遺伝学的検査（新型出生前検査） NIPT問診票・チェックリスト

*ご記入いただいた個人情報は診療以外に使用することはありませんので、正確にご記入をお願いいたします。

※下記の項目に✓チェック、記入してください。

記載日（西暦） 20 年 月 日

氏名 _____ 生年月日（西暦） 年 月 日 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____

電話番号 [携帯] () - [自宅] () -

◆配偶者・パートナーについて

氏名 _____ 生年月日（西暦） 年 月 日 年齢 _____ 歳

【1】NIPTをご相談にいらした理由を教えてください。

- ☐ 高年妊娠
- ☐ 母体血清マーカーで異常を指摘された
- ☐ 染色体異常を有する児を妊娠した既往がある
- ☐ あなた、夫（パートナー）のいずれかが均衡型転座やロバートソン転座を有していて、胎児が13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性がある
- ☐ あなた、夫（パートナー）の家系に染色体異常を含む先天異常の家族歴がある
- ☐ 胎児超音波検査で、項部肥厚（NT肥厚）などの異常を指摘された
- ☐ 不安、心配（どのようなことかを記入： _____）
- ☐ その他（記入： _____）

【2】現在の妊娠について

◆現在の妊娠週数： _____ 週 _____ 日 ☐ 単胎 ☐ 双胎

◆今回の妊娠について

☐ 自然妊娠 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精

体外受精・顕微授精の場合、ご記入ください。

☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結融解胚移植（移植胚の採卵日：20 年 月 日）

◆分娩予定日：20 年 月 日

分娩予定日の決定方法

☐ 最終月経 ☐ 超音波検査 ☐ 不妊治療（人工授精 体外受精胚移植）

最終月経：20 年 月 日 ☐ わからない

◆通院中の産科医療機関

病医院名： _____ 担当医氏名： _____

【3】妊娠・出産歴について

◆妊娠： 回（今回の妊娠は含めず）

出産： 回 流産： 回 中絶： 回 子宮外妊娠： 回

◆流産歴

1.（西暦） 年 月 日（妊娠週数： 週）

☐化学的流産 ☐自然流産 ☐中絶

染色体検査の有無 ☐なし ☐あり（詳細記載： ）

2.（西暦） 年 月 日（妊娠週数： 週）

☐化学的流産 ☐自然流産 ☐中絶

染色体検査の有無 ☐なし ☐あり（詳細記載： ）

3.（西暦） 年 月 日（妊娠週数： 週）

☐化学的流産 ☐自然流産 ☐中絶

染色体検査の有無 ☐なし ☐あり（詳細記載： ）

◆出産歴

1.（西暦） 年 月 日（分娩週数： 週）

分娩方法 ☐経膣分娩 ☐帝王切開 性別 ☐男 ☐女 出生時体重： g

先天異常の有無 ☐なし ☐あり（詳細記載： ）

2.（西暦） 年 月 日（分娩週数： 週）

分娩方法 ☐経膣分娩 ☐帝王切開 性別 ☐男 ☐女 出生時体重： g

先天異常の有無 ☐なし ☐あり（詳細記載： ）

3.（西暦） 年 月 日（分娩週数： 週）

分娩方法 ☐経膣分娩 ☐帝王切開 性別 ☐男 ☐女 出生時体重： g

先天異常の有無 ☐なし ☐あり（詳細記載： ）

【4】生活週間・ご病気などについて

◆喫煙について

☐なし ☐10本未満/日 ☐10本以上/日

◆現在治療中の病気について

☐子宮筋腫

☐自己免疫疾患（全身性エリテマトーデス、抗リン脂質抗体症候群）

☐悪性腫瘍（ ）

☐その他（ ）

◆現在使用中の薬について

☐なし ☐あり（ ）

【5】 その他

＊下記がある場合、NITPで正確な結果が出ないことがあります。

☐ヘパリン注射をしている

☐妊娠初期に胎嚢が2つみえる双胎（バニッシングツイン）といわれた

☐悪性腫瘍がある

☐上記のすべてでない

事前学習用ビデオQRコード



【NIPTを受ける方のチェックリスト】

＊検査前には、必ず下記の準備が必要です。

□NIPT同意書

＊ NIPTをご希望の方は、NIPT同意書に本人、および配偶者・パートナーの署名（各々の自署）が必要です。お一人で来院される場合は、あらかじめ当院のホームページよりNIPT説明文書・同意書をダウンロードし、同意書に署名のうえ持参してください。

□事前学習用ビデオの視聴（先天性疾患と出生前検査）（約20分）

＊ NIPT前に事前学習用ビデオを視聴していただく必要があります。当院のホームページやNIPT問診票・チェックリスト内のQRコードより、ご自宅でも視聴することができます。ご自宅で視聴できなかった場合は、来院時に病院での視聴が可能です。その場合は、予約時間の30分前に来院してください。

＊ 来院前に事前学習用ビデオを視聴していただいた方が円滑に診療を進めることができますので、ご自宅での視聴をお勧めしています。

□事前学習用ビデオの視聴アンケート（先天性疾患と出生前検査）

ご記入ありがとうございました。

済生会松阪総合病院 産婦人科・ART生殖医療センター



社会福祉法人 済生会松阪総合病院
松阪市朝日町一区15番地6 TEL: 0598-51-2626(代表)