

NIPT 事前確認票

遺伝外来(NIPT カウンセリング)を受診される妊婦さまおよび配偶者(パートナー)の方へ、事前確認を行っております。円滑にカウンセリングをお受けいただく目的でご提出をお願いしております。

ご記入日: 年 月 日

お名前: _____ 様 ID 番号: _____

配偶者(パートナー)氏名: _____ 様

【確認事項】

① NIPT 事前学習動画(外部サイト)を視聴しましたか？

は い ・ いいえ

※受診される妊婦様および配偶者(パートナー)の方の視聴が必須となります。

② 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当院でのNIPTを受けることができません。

③ 単胎妊娠ですか？

は い ・ いいえ

④ (第2子以降の方のみ)前回の妊娠時に NIPT 検査を受けられましたか？

は い ・ いいえ

⑤ 今回 NIPT の受診を希望する動機を教えてください。(1箇所以上☑してください)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 35歳以上 | <input type="checkbox"/> 2. 他血液遺伝検査で陽性 |
| <input type="checkbox"/> 3. エコー上の指摘 | <input type="checkbox"/> 4. ご家族で内科的疾患や遺伝性疾患症状が有 |
| <input type="checkbox"/> 5. その他 (|) |

次のページへ >>>

⑥ ヘパリンを使用されているかについて教えてください。

使用なし

ヘパリン(製品名: _____)

⑦ NIPT 事前学習動画(外部サイト)を視聴後、NIPT 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？

医療法人 石川病院
院長 石川 博臣