

妊娠に関する遺伝相談外来 問診票

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

1. 現在妊娠している (はい ・ いいえ)
 「はい」と答えた方 不妊治療 (あり ・ なし)

2. これまでの妊娠・出産について (分娩 回 ・ 流産 回 ・ 人工中絶 回)

① 西 暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 妊 娠 () か月 (流 産 ・ 経 膣 分 娩 ・ 帝 王 切 開)
 出 生 体 重 () g (男 ・ 女)
 生 後 分 か っ た 疾 患 ()

② 西 暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 妊 娠 () か月 (流 産 ・ 経 膣 分 娩 ・ 帝 王 切 開)
 出 生 体 重 () g (男 ・ 女)
 生 後 分 か っ た 疾 患 ()

③ 西 暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 妊 娠 () か月 (流 産 ・ 経 膣 分 娩 ・ 帝 王 切 開)
 出 生 体 重 () g (男 ・ 女)
 生 後 分 か っ た 疾 患 ()

④ 西 暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 妊 娠 () か月 (流 産 ・ 経 膣 分 娩 ・ 帝 王 切 開)
 出 生 体 重 () g (男 ・ 女)
 生 後 分 か っ た 疾 患 ()

3. これまでにかかった病気はありますか

年齢	病 名	遺伝学的診断の有無	年齢	病 名	遺伝学的診断の有無
歳			歳		
歳			歳		
歳			歳		

4. あなたのご家族について

年齢とご病気についてお聞きします。年齢はおおよそで結構です。

続柄	年齢	病名	遺伝学的診断の有無	続柄	年齢	病名	遺伝学的診断の有無
父	歳			母	歳		
兄弟姉妹	歳			兄弟姉妹の子	男女	歳	
	歳				男女	歳	
	歳				男女	歳	
	歳				男女	歳	
父方	祖父	歳		母方	祖父	歳	
	祖母	歳			祖母	歳	
続柄	年齢	病名	遺伝学的診断の有無	続柄	年齢	病名	遺伝学的診断の有無
父方のおじおば	歳			母方のおじおば	歳		
	歳				歳		
	歳				歳		
	歳				歳		
父方いとこ	歳			母方いとこ	歳		
	歳				歳		
	歳				歳		
	歳				歳		

5. パートナーについて

年齢 歳 乏精子症といわれたことが (ある ・ ない)

これまでかかった病気はありますか

年齢	病名	遺伝学的診断の有無	年齢	病名	遺伝学的診断の有無
歳			歳		
歳			歳		
歳			歳		

6. パートナーのご家族について

年齢とご病気についてお聞きします。年齢はおおよそで結構です。

続柄	年齢	病名	遺伝学的診断の有無	続柄	年齢	病名	遺伝学的診断の有無
父	歳			母	歳		
兄弟姉妹	歳		兄弟姉妹の子	男女	歳		
	歳			男女	歳		
	歳			男女	歳		
	歳			男女	歳		
父方	祖父	歳	母方	祖父	歳		
	祖母	歳		祖母	歳		
父方のおじおば	歳		母方のおじおば		歳		
	歳				歳		
	歳				歳		
	歳				歳		
父方いっこ	歳		母方いっこ		歳		
	歳				歳		
	歳				歳		
	歳				歳		

7. 特に相談したいことをお書きください。

(例：子供に遺伝するかどうか、何か避ける方法はないのか等)