

那覇市立病院 NIPT 外来予診票

*注：記入できない部分は空欄でかまいません。

受診日	年 月 日		
分娩予定日	年 月 日	受診当日の妊娠週数	週 日
妊婦氏名	ふりがな (旧姓：)	生年月日 (妊婦)	年 月 日 (満 歳)
パートナー氏名	ふりがな	生年月日 (パートナー)	年 月 日 (満 歳)

妊婦さんについてお伺いします。

1. 今まで大きな病気やケガをしたことはありますか？あれば記入ください。	はい いいえ
2. 以下の病気がありますか？あればチェックをつけるか、記入ください。 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 ()	はい いいえ
3. 上記以外、現時点で診療を受けている病気はありますか？あれば記入ください。 ()	
4. 現在、ヘパリンを使用していますか？ ヘパリンの自己注射を行なっている方は、受診前にお問合せください。	
5. 現在、以下の薬を内服されていますか？あればチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> バファリン <input type="checkbox"/> ステロイド	
6. 染色体疾患などの遺伝性疾患、先天性疾患をお持ちの方が家族や親族にいらっしゃいますか？あれば記入ください。 ()	
7. 血液型を教えてください。(型 Rh + -)	

パートナーについてお伺いします。

1. 今まで大きな病気やケガをしたことはありますか？あれば記入ください。 ()	はい いいえ
2. 現時点で診療を受けている病気はありますか？あれば記入ください。 ()	
3. 染色体疾患などの遺伝性疾患、先天性疾患をお持ちの方が家族や親族にいらっしゃいますか？あれば記入ください。 ()	

お二人のことについて伺います。

1. パートナーとは婚姻関係にありますか？ない場合、関係性を記入してください。 ()	はい いいえ
--	--------

