

NIPT 同意書

医療法人社団五の橋産婦人科 院長 川嶋 一成
実施責任者 深田 幸仁

□をチェックして下さい。

1. 検査の目的と検査でわかること

- 13、18、21 番染色体のトリソミーを調べる検査です。性別はわかりません。
- 先天性疾患のすべてがわかるわけではありません。

2. NIPT 検査概要

- 自費診療の検査です。血液が検査会社に送られた後の費用の返金はありません。
- 採血を行い、結果が出るまでに約 2 週間かかります。
- 検査結果は、陰性・陽性・判定保留 のいずれかです。
(判定保留時に再採血を行う際の費用負担はありません)
- 偽陽性・偽陰性の可能性がある非確定的検査です。確定診断はできません。
- 検査が陽性の場合、確定診断のために絨毛検査あるいは羊水検査が必要です。

3. 検査を受ける前に知っておきたいこと

- 出生前検査の本来の目的は、胎児が最も良い環境の中で妊娠中・生後の管理を受ける準備をすることです。
- 胎児の異常のみを理由に中絶することは母体保護法では認められていません。
母体保護法では、身体的または経済的理由により母体の健康への影響がある場合に限り、中絶することが認められています (妊娠 22 週未満)。
- 検査前の遺伝カウンセリングが必要です。必要な情報提供を行ったうえで、胎児の御両親の自律的な決定を尊重します。

4. その他

- ・当院は日本医学会が認定する認可の施設です。
- ・個人情報の保護に留意します。
- ・個人を特定しない条件で学会や論文等で発表することがあります。
同意されない場合にはお申し出下さい。
- ・他院で分娩される方には、出産後の転帰を確認させていただくために郵送にて問い合わせさせていただきます。

上記内容を理解した上で、NIPT の実施を依頼します。

20 年 月 日

本人署名 (自署)

パートナー署名 (自署)

問診票

20 年 月 日

ふりがな 氏名 (自署)	昭和・平成 西暦	年	月	日	歳
	ご職業				
住所 「再来の方は前回と以下の項目にご変更がない場合はご記入が不要です」					
〒					
電話					
携帯					
緊急連絡先 *病院から連絡をさしあげる場合があります。					
氏名(続柄)					
TEL					
*ご出産の方は分娩時の滞在場所をご記入ください。					
住所					
氏名(続柄)					
TEL					
今回の妊娠についてお伺いします		分娩予定日			
		年	月	日	
不妊治療をお受けでしたか？					
いいえ・はい 以下の当てはまる治療に○をしてください					
排卵誘発剤使用 ()					
タイミング法・人工授精					
体外受精、顕微授精					
→採卵日 年 月 日 (採卵時 才 か月)					
凍結胚移植ですか？ はい・いいえ					
産科医師から妊娠やお腹の赤ちゃんに関してこれまでに何か指摘を受けましたか？					
いいえ・はい 詳細 ()					
染色体疾患に起因する疾患をもつ赤ちゃんを妊娠したことがありますか？					
いいえ・はい 詳細 ()					
染色体や遺伝子に関連する疾患を持った方が周りにいますか？					
いいえ・はい 詳細とご本人との関係 ()					
現在、妊婦健診を受けている病院 ()					
分娩を予定している病院 ()					

診察治療に必要なことですので以下の質問にお答えください。

一番最近の生理は？	月	日	から	日間	・	閉経	歳
生理は順調ですか？	1. 順調 (周期 日型)		2. 不順				
性交渉の経験はありますか？	1. なし		2. あり				
今までの妊娠回数 (今回の妊娠は含まず)	回	お産の回数		回			
流産の回数	自然流産	回	・	人工中絶	回		
結婚	1. している		2. していない		3. 予定がある (年 月頃)		

ふだんの 身長 _____cm 体重 _____kg (年 月 日頃)

既往歴		* 病気やけがで通院や入院をしたことがありますか？ 1 あり 2 なし (小児科の通院や現在通院していない病気も含みます) * 既往歴ありの方は、以下のあてはまる項目に○をつけてください。	
高血圧 糖尿病 外陰ヘルペス 甲状腺疾患 心疾患 不整脈 腎臓疾患 肝炎 てんかん 精神疾患 (うつ病・双極性障害・パニック障害など) いつから _____ 年前から治療中 ・ 治療中断 ・ 治癒 ぜんそく (小児期も含む) (最終発作 _____ 歳) 緑内障 (いつから _____ 年前から) その他 (傷病名) [_____]			
現在治療中の病気はありますか？		1. なし 2. あり (病名: _____) (病院名: _____)	
現在服用中のお薬はありますか？		1. なし 2. あり (薬品名: _____) (病院名: _____)	
次の感染症にかかったことがありますか？		* 風疹 はい ・ いいえ ・ 予防接種 ・ 不明 * 麻疹 (はしか) はい ・ いいえ ・ 予防接種 ・ 不明 * 水痘 (みずぼうそう) はい ・ いいえ ・ 予防接種 ・ 不明	
嗜好品の有無		* 飲酒 しない ・ する (_____ 回/週 _____ ml程度) * たばこ 吸わない ・ 吸う (_____ 本/日) 【同居者の喫煙の有無】 吸わない ・ 吸う	
家族歴	高血圧	1. いない 2. いる 続柄 (_____)	
	糖尿病	1. いない 2. いる 続柄 (_____)	

出産歴がある方は下記をご記入ください。

出産年月	妊娠・出産の状況	児の体重	性別	健康状態
年 月	正常・異常 (帝王切開・吸引・鉗子) (妊娠 _____ 週)	g	男・女	健・否
	分娩施設名 (_____)			
年 月	正常・異常 (帝王切開・吸引・鉗子) (妊娠 _____ 週)	g	男・女	健・否
	分娩施設名 (_____)			
年 月	正常・異常 (帝王切開・吸引・鉗子) (妊娠 _____ 週)	g	男・女	健・否
	分娩施設名 (_____)			
年 月	正常・異常 (帝王切開・吸引・鉗子) (妊娠 _____ 週)	g	男・女	健・否
	分娩施設名 (_____)			

今回の妊娠でご心配なことはありますか。

医師 ®

アレルギー問診票

抗菌薬（抗生物質）やゴム手袋（ラテックス）などに対するアレルギー反応として、極めてまれに（一万人大あたり数人）にアナフィラキシー（じんま疹や呼吸困難、血圧低下など）が起きることがありますので、あなたがそれをおこしやすいか、を判断するためのものです。

① これまでアナフィラキシーを起こしたことはありますか？

なし あり

② これまでに、抗菌薬や、その他のお薬の内服・注射や点滴を受けて、アレルギーを起こしたことがありますか？

なし あり→薬名と症状（ ）

③アレルギー性疾患がありますか？

なし あり→（喘息、花粉症、鼻炎、アトピー性皮膚炎、その他（ ））

④果物、野菜、ナッツ類などの食物アレルギーはありますか？

なし あり→（バナナ、アボガド、キウイ、栗、イチジク、パパイヤ、メロン、桃、ピーナッツ、クルミ、トマト、パイナップル）その他（ ）

⑤ゴム手袋やコンドーム（ラテックス）の使用で発疹やかゆみなどの皮膚粘膜症状が出たことがありますか？

なし あり

⑥その他のアレルギーがありますか？（アルコール綿など）

なし あり →（ ）

なお、今後、新たなアレルギーが判明した場合には、安全のため、必ずお知らせください。以上の記載内容で間違えなければ、下記にご署名ください。

記入年月日 年 月 日

ID _____

患者様の署名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

医師署名あるいは捺印 _____