

## 胎児超音波専門外来 問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 職業 \_\_\_\_\_

1. 分娩予定日 20 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 受診理由 (番号に○をお付け下さい。複数回答可)

- ① 上のお子さんに先天性疾患があるため。 (病名 \_\_\_\_\_)
- ② 親類の方に先天性疾患があるため。 (病名 \_\_\_\_\_)
- ③ 身近に先天性疾患を持った方はいないが、先天性疾患の有無を知りたいため。
- ④ 通院中の病院・クリニックでは胎児超音波検査を行っていないため。
- ⑤ その他 (具体的な理由 \_\_\_\_\_)

3. 今までの妊娠・出産について

妊娠の回数 (今回の妊娠を含めて) \_\_\_\_\_ 回

そのうち分娩 \_\_\_\_\_ 回 (正常分娩 \_\_\_\_\_ 回 異常分娩 \_\_\_\_\_ 回)

自然流産 \_\_\_\_\_ 回

4. 現在、妊婦健診を受けている病院・クリニック名とその所在都道府県

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 都・道・府・県

5. アレルギーについて

(有れば○をつけて ( ) に、品名・症状などを記入してください)

- ① 果物 (キウイ・パパイア・マンゴー・クリ・バナナなど)  
( \_\_\_\_\_ )
- ② ゴム製品 ( \_\_\_\_\_ )
- ③ その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 特別なご希望があればお書きください (たとえば、性別は知りたくない等)

7. この胎児超音波専門外来をお知りになったきっかけ (番号に○をお付け下さい)

- ① インターネットで検索して
- ② 広告を見て (どの広告ですか? \_\_\_\_\_)
- ③ 通院中の病院・クリニックの紹介
- ④ 知人を通じて
- ⑤ その他 (具体的には? \_\_\_\_\_)