

【妊娠初期超音波＋コンバインド検査同意書】

医療法人社団五の橋産婦人科 院長 川嶋 一成

妊娠初期超音波＋コンバインド検査とは、超音波断層検査と母体血清マーカー測定を組み合わせることにより、胎児染色体異常のリスクを算出する非確定的検査です。妊娠初期超音波断層検査による観察項目(NT、鼻骨、三尖弁逆流、静脈管血流の観察)に加え、母体血清マーカー(PAPP-A、HCG)測定を併用することにより、超音波検査のみの場合と比較し、より高精度に胎児染色体異常(ダウン症、18トリソミー、13トリソミー)のリスクを算出することができます。

本検査は予約制です。スタッフが予約をお取りいたしますので受付にお申込みいただくか、診療時間内にお電話ください。胎児心拍動が確認され分娩予定日が決定された後、妊娠 12 週 0 日から 13 週 4 日までの期間の原則的に火曜日午後に検査ができるよう予約していただきます。

妊娠 11 週 0 日から 13 週 6 日の間が検査可能時期となっておりますが、胎児発育の状態・向きなどによりこの時期内でも検査できないことがありますので、基本的には上記期間にご予約いただきますようお願いいたします。

本人確認書に本人と配偶者(パートナー)双方の記名がなければ検査は実施できません。妊娠初期超音波断層検査を施行した当日に、母体採血を実施します。

検体は外部測定機関に送付します。採血検査結果判明後(通常は超音波検査後 7～10 日前後)に妊婦さんに再度ご来院いただき、妊娠初期超音波＋コンバインド検査として結果を説明いたします。

健康保険が適応されず、費用は 40,000～50,000 円です。

以上を了解したうえで、本検査を受けます。

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 Ⓜ