

NIPT出生前カウンセリング問診票

●ご自身についてお聞かせください

フリガナ		生年月日	年	月	日	歳
お名前		身長	cm	体重		kg
結婚	<input type="checkbox"/> 既婚(本人 歳時) <input type="checkbox"/> 未婚(入籍予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定)					
妊娠歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回、流産 回、中絶 回)					
出産歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(人)、① 歳(男、女)、② 歳(男、女)、③ 歳(男、女)					
たばこ	<input type="checkbox"/> 喫煙なし <input type="checkbox"/> 以前喫煙(年前まで) 現在喫煙中 <input type="checkbox"/> 10本/日未満 <input type="checkbox"/> 10-20本/日 <input type="checkbox"/> 20本/日以上					
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名					
現在使用のお薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名/薬剤名					
精神的な病気や心の不調で医療機関を受診したことがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名)						

●今回の妊娠についてお聞かせください

分娩予定日	年	月	日	本日の妊娠週数	週	日
<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発 <input type="checkbox"/> 人工受精 <input type="checkbox"/> 体外受精(IVF) <input type="checkbox"/> 顕微授精(ICSI)						
分娩予定病院 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 病院名()						
胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 <input type="checkbox"/> 品胎(三胎)					

●当院の出生前診断検査をどこでお知りになりましたか

<input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> インターネット等(<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 日本医学会 <input type="checkbox"/> その他)

●出生前診断検査をご相談にいらした理由を教えてください(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 高齢妊娠 <input type="checkbox"/> 友人等のすすめ <input type="checkbox"/> 超音波検査等で気になる指摘をされた <input type="checkbox"/> 配偶者・パートナーが心配している() <input type="checkbox"/> 家族(だれ:)が心配している(<input type="checkbox"/> 染色体異常を含む先天異常のある児を出産したことがある(病名) <input type="checkbox"/> あなた、配偶者・パートナーの家系に染色体異常を含む先天異常の家族歴がある(病名) その方は <input type="checkbox"/> あなたの血縁者 <input type="checkbox"/> 配偶者・パートナーの血縁者(関係:)
--

●出生前検査のご希望

<input type="checkbox"/> とりあえず話を聞きたい <input type="checkbox"/> 出生前検査を受けるか迷っている <input type="checkbox"/> 出生前検査を受ける(<input type="checkbox"/> NIPT <input type="checkbox"/> 羊水検査)
--

●出生前検査についてどなたかに相談されましたか

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 配偶者・パートナー <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他
--

●配偶者・パートナーについて

年齢	歳	あなたと血縁関係がありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いとこ婚等)
たばこ	<input type="checkbox"/> 喫煙なし <input type="checkbox"/> 以前喫煙(年前まで) 現在喫煙中 <input type="checkbox"/> 10本/日未満 <input type="checkbox"/> 10-20本/日 <input type="checkbox"/> 20本/日以上		

ご記入ありがとうございました。カウンセリング当日は、初診の患者さんは紹介患者窓口へ、再診の患者さんは本院受付窓口までお越しください。(再診受付機は使用しないでください。)

「NIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）」説明・同意書

内容についてご理解いただけましたら、□欄にチェックをお願いいたします。

1. 検査の目的

- NIPTは胎児が13、18、21番染色体のトリソミーをもつ可能性を調べる非確定的検査です。
- 先天性疾患の一部を調べる検査のため、結果が陰性であっても、その他の先天性疾患を否定するものではありません。また、性別は分かりません。

【検査の対象となる方】

NIPTをご案内できるのは、現在の妊娠において下記①～③を満たす方になります（日本医学会「NIPT等の出生前検査に関する情報提供及び施設（医療機関・検査分析機関）認証の指針」に準じます）。

- ①当院での超音波検査により、胎児心拍と明らかな致死的異常がないと確認されていること
- ②出産予定日が決定されていること
- ③下記のいずれかの条件を満たすこと
 - ・ 高年齢の妊婦
 - ・ 母体血清マーカー検査（クアトロテスト）で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された妊婦
 - ・ 染色体数的異常を有する児の妊娠または分娩の既往のある妊婦
 - ・ 両親のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有して、胎児13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性が示唆された妊婦
 - ・ 胎児超音波検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された妊婦
 - ・ 適切な遺伝カウンセリングを実施しても胎児の染色体数的異常に対する不安が解消されず、自律的に検査を希望する妊婦

【検査の対象とならない方】

- ・ 胎児心拍動を認めない（流産）や、胎児に明らかな致死的異常を認めた場合
- ・ 夫婦のいずれかが染色体構造異常の保因者と確定されている方は、胎児の染色体構造異常の診断のために、NIPT検査ではなく、羊水検査が推奨されます。

2. 検査の概要

- 妊婦さんから約20mlの血液を採取して、血液中に浮遊している胎児DNAを分析します。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報告されます。
- 偽陽性（約20％）・偽陰性（0.1％）の可能性のある非確定的検査のため、診断を確定することはできません。
- NIPT検査結果が陽性または判定保留の場合、診断確定のために侵襲的な検査（羊水検査）を受ける相当の理由となります。基幹施設である帝京大学医学部附属病院にて検査後の遺伝カウンセリングを受診していただく必要があります。

3. 検査費用

- NIPT検査は13万6千円です。自費診療のため健康保険が適用されません。
- NIPT検査費用には、初回カウンセリング料、検査代、結果説明カウンセリング料を含みます。
- 検査前には必ずカウンセリングを受けていただきます。カウンセリングの結果、検査を希望されない場合でもカウンセリング料（初回：1万円、2回目以降：6千円）がかかります。
- 血液が検査会社に送られた以降はNIPT検査に係る費用の返金は出来ません。

4. 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で分娩・出産後管理を受ける準備をするためです。
- 必要な情報提供を行った上で、妊婦さんと配偶者またはパートナーで十分に検討された決定を尊重するため、検査前に必ず遺伝カウンセリングを受けていただいております。
- 原則として妊婦および配偶者あるいはパートナーの両名の署名による同意に基づいて検査を実施します。

○当院は日本医学会が認定する無侵襲的出生前遺伝学的検査（Non-invasive prenatal genetic test）実施医療機関（基幹施設：帝京大学医学部附属病院）の暫定連携認定施設です。

○NIPT に関する遺伝カウンセリングの実施、検査結果に関するデータは個人情報を含まない形で出生前検査認証制度等運営委員会に定期的に報告されます。

以上に関して、理解いたしましたので、署名します。

年 月 日

本人署名 氏名 _____

パートナー（夫）氏名 _____

私は上記の内容について説明いたしました。

年 月 日

説明担当医師 _____

「NIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）」説明・同意書

内容についてご理解いただけましたら、□欄にチェックをお願いいたします。

1. 検査の目的

- NIPTは胎児が13、18、21番染色体のトリソミーをもつ可能性を調べる非確定的検査です。
- 先天性疾患の一部を調べる検査のため、結果が陰性であっても、その他の先天性疾患を否定するものではありません。また、性別は分かりません。

【検査の対象となる方】

NIPTをご案内できるのは、現在の妊娠において下記①～③を満たす方になります（日本医学会「NIPT等の出生前検査に関する情報提供及び施設（医療機関・検査分析機関）認証の指針」に準じます）。

- ①当院での超音波検査により、胎児心拍と明らかな致死的異常がないと確認されていること
- ②出産予定日が決定されていること
- ③下記のいずれかの条件を満たすこと
 - ・ 高年齢の妊婦
 - ・ 母体血清マーカー検査（クアトロテスト）で、胎児が染色数的異常を有する可能性が示唆された妊婦
 - ・ 染色体数的異常を有する児の妊娠または分娩の既往のある妊婦
 - ・ 両親のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有して、胎児13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性が示唆された妊婦
 - ・ 胎児超音波検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された妊婦
 - ・ 適切な遺伝カウンセリングを実施しても胎児の染色体数的異常に対する不安が解消されず、自律的に検査を希望する妊婦

【検査の対象とならない方】

- ・ 胎児心拍動を認めない（流産）や、胎児に明らかな致死的異常を認めた場合
- ・ 夫婦のいずれかが染色体構造異常の保因者と確定されている方は、胎児の染色体構造異常の診断のために、NIPT検査ではなく、羊水検査が推奨されます。

2. 検査の概要

- 妊婦さんから約20mlの血液を採取して、血液中に浮遊している胎児DNAを分析します。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 のいずれかで報告されます。
- 偽陽性（約20％）・偽陰性（0.1％）の可能性のある非確定的検査のため、診断を確定することはできません。
- NIPT検査結果が陽性または判定保留の場合、診断確定のために侵襲的な検査（羊水検査）を受ける相当の理由となります。基幹施設である帝京大学医学部附属病院にて検査後の遺伝カウンセリングを受診していただく必要があります。

3. 検査費用

- NIPT検査は13万6千円です。自費診療のため健康保険が適用されません。
- NIPT検査費用には、初回カウンセリング料、検査代、結果説明カウンセリング料を含みます。
- 検査前には必ずカウンセリングを受けていただきます。カウンセリングの結果、検査を希望されない場合でもカウンセリング料（初回：1万円、2回目以降：6千円）がかかります。
- 血液が検査会社に送られた以降はNIPT検査に係る費用の返金は出来ません。

4. 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で分娩・出産後管理を受ける準備をするためです。
- 必要な情報提供を行った上で、妊婦さんと配偶者またはパートナーで十分に検討された決定を尊重するため、検査前に必ず遺伝カウンセリングを受けていただいております。
- 原則として妊婦および配偶者あるいはパートナーの両名の署名による同意に基づいて検査を実施します。

○当院は日本医学会が認定する無侵襲的出生前遺伝学的検査（Non-invasive prenatal genetic test）実施医療機関（基幹施設：帝京大学医学部附属病院）の暫定連携認定施設です。

○NIPT に関する遺伝カウンセリングの実施、検査結果に関するデータは個人情報を含まない形で出生前検査認証制度等運営委員会に定期的に報告されます。

以上に関して、理解いたしましたので、署名します。

年 月 日

本人署名 氏名 _____

パートナー（夫）氏名 _____

私は上記の内容について説明いたしました。

年 月 日

説明担当医師 _____