

5、これまでかかった病気

なし / あり()

6、現在の病気

なし / あり

糖尿病 子宮筋腫 卵巣嚢腫 自己免疫疾患

そのほか()

現在使用中の薬剤

なし/あり

アスピリン ヘパリン ステロイド インスリン

そのほか()

7、パートナー（赤ちゃんの父親）のことを教えてください

年齢： 歳

人種 日本人 白人 アフリカ系アメリカ人 黄色人種 その他()

喫煙 なし 10本/日未満 10本/日以上

8、ダウン症候群の子どもを妊娠、出産したことはありますか？

いいえ/はい

9、下記の神経管欠損症の家族歴はありますか？

無脳症 開放性二分脊椎 神経管欠損を伴う閉鎖型二分脊椎 神経管欠損を伴う水頭症 脳ヘルニア

いいえ / はい

10、何かご質問ご要望がありましたらご自由にご記入ください

()

()

()