診療情報提供書

（Web予約手配済み・NIPT受診専用）

紹介先

紹介元

住所

電話番号

医療機関名

診療科名

紹介医師名

日本医科大学多摩永山病院

女性診療科・産科

遺伝外来　宛

下記の妊婦さまが非侵襲性出生前遺伝学的検査（NIPT）を希望されておりますので紹介いたします。

|  |
| --- |
| 記載日　　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　　 |
| 遺伝外来予約　　□手配済（必須）　　　妊婦さまがWeb予約をしない場合は、この書式を利用できません。 |
| 【妊婦さまの情報】　　　氏名（ふりがな）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴院ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　西暦　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日妊娠分娩歴：　G　　　　　　P　　　　　　分娩予定日： 西暦　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　最終月経　　　　　　月　　　　　　日～　　　　　　　　　算出方法　□最終月経　□超音波　□体外受精時期　□排卵日推定　胎児の数：　単胎　・　双胎　（　DD　・　MD　・　MM　・　膜性不明）妊娠初期CRL：　　　　mm　（　　　月　　　日　（妊娠　　　週　　　日）時点）　　　既往歴・家族歴：　なし　・　あり　（ありの場合　詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）使用中薬剤　□アスピリン　□ステロイド　□ヘパリン　□左記該当なし |
| 【検査の適応】（いずれかに☑をお願いします）□高年齢□母体血清マーカー検査で、胎児が染色体異常を有する可能性が示唆された□染色体数的異常を有する児を妊娠した既往がある□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□13トリソミー、18トリソミー、21トリソミーについてのご心配が強い□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【ご確認ください】　* 確認しました（必須）　（✔をご記入ください）

・検査を受ける日が妊娠10週0日～妊娠15週6日となる予定である・単胎または双胎妊娠である・紹介時点で分娩予定日を確定している・遺伝外来（NIPT外来）では原則として妊婦健診や処方を行わないことを承知している・日本医大多摩永山病院以外で分娩の場合、**当院へ分娩転帰について報告**していただくことができる |