

診療情報提供書(出生前遺伝学的検査(NIPT)申込用紙)

広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課 行
〒730-8619 広島市中区千田町1丁目9番6号
TEL 082-241-3111(内線:3211)

年 月 日

FAX 082-504-7576

※16:30以降受信のFAXは次の日の受付になる場合があります。

※検査について、ご不明な点がございましたら、「産婦人科外来」までお問い合わせください。

紹介元医療機関

名 称

所 在 地

電話番号

医師氏名

診療科名	産婦人 科 遺伝カウンセリング外来				
フリガナ			生年月日	昭 平 令	年 月 日
氏名					
現住所	〒(-)			職 業	
連絡先	①自宅・職場・携帯・病院	()	—	【続柄: 】	
	②自宅・職場・携帯・病院	()	—	【続柄: 】	
第1希望	年 月 日 ()				
第2希望	年 月 日 ()				
第3希望	年 月 日 ()				
※原則、配偶者またはパートナーの方とご一緒にお越しください。					
患者情報	分娩予定日	年 月 日			
		(凍結胚を用いた妊娠の場合)採卵日: 年 月 日(歳 ヶ月)			
	妊娠週数	妊娠 週 日(月 日現在)			
	超音波所見	CRL: mm(月 日現在)→ 週 日相当			
	検査の適応 (該当箇所に チェックをお願い します)	☐ 高齢妊娠(分娩予定日に35歳以上)			
		☐ 染色体異常児(13, 18, 21トリソミー)の妊娠・分娩既往がある			
		☐ 胎児が染色体異常を罹患している可能性が高い (クアトロテストや超音波マーカーテストで確率が高い)			
		☐ 両親のいずれかに13, 18, 21番の染色体が関与する転座等がある			
		☐ 本人の希望 (上記該当なし)			
	その他 (病状、病名等)				

	チェック	確認者	受診日	患者連絡	病院連絡
広島赤十字・原爆病院 記入欄					