

# 診療情報提供書【出生前遺伝学的検査申込用紙】

(NIPT、クアトロテスト、羊水検査、羊水マイクロアレイ)

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)	<input type="checkbox"/> 高齢妊娠(分娩予定日に35歳以上)			
		<input type="checkbox"/> 染色体異常児(13, 18, 21トリソミー)の妊娠・分娩既往がある			
		<input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> 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					
その他 (病状、病名等)	<input type="checkbox"/> 本人の希望 (上記該当なし)				

広島赤十字・原爆病院 記入欄	チェック	確認者	受診日	患者連絡	病院連絡