**診療情報提供書－NIPT遺伝カウンセリング専用書式－**

加古川中央市民病院　遺伝子診療部　担当医宛て（地域連携室　FAX：079-451-8653）

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関名・診療科 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号・FAX |  |
| 担当医氏名 |  |

**妊婦の基本情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ・生年月日 |  | 西暦　　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 電話番号・住所 | TEL | 住所 |
| 受診希望日 | 1. 月　　日（　　）
 | 1. 月　　日（　　）
 | 1. 月　　日（　　）
 |

**妊婦の詳細情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 分娩予定日決定方法 | 西暦　　　　年　　　月　　　日[ ] 最終月経　[ ]  CRL　　mm（　　月　　日現在→　　週　　日相当）　[ ] 排卵日指定[ ] 体外受精周期（採卵日　　年　　月　　日,　　歳　　か月）　[ ] その他（　　　　　） |
| 妊娠週数 | 　　　　週　　　　日【　　　月　　　日時点】　**14週0日は　　月　　日** |
| 家族歴・既往歴 | [ ] なし　　[ ] あり（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）子宮筋腫の有無　[ ] なし　　[ ] あり |
| 身長・体重 | 　　　　cm　　　　kg |
| 妊娠・流産歴 | G　　　　P　　　　SA　　　　AA　　　　（今回の妊娠含む） |
| 使用中薬剤 | [ ] なし　　[ ] あり（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 多胎の有無 | [ ] 単胎　　[ ]  DD双胎　　[ ]  MD双胎　　[ ] Vanishing twin　[ ] その他（　　　　　　） |
| 今回の妊娠方法 | [ ] 自然妊娠　　[ ]  AIH　　[ ]  IVF-ET　　[ ]  ICSI　　[ ] その他（　　　　　　　　　　） |

**希望する検査と適応**

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する検査 | [ ]  NIPT　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　）　　[ ] 相談して決めたい |
| 該当するものがあれば記入して下さい | [ ] 高年妊娠　　[ ] 染色体異常児の妊娠・出産既往（21T・18T・13T・その他:　　　　）[ ] 超音波検査の異常（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 夫婦のいずれかが染色体異常の保因者（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 母体血清マーカー検査で陽性（トリプル・クワトロ　/陽性疾患：　　　　確率：　　） |

**以下を妊婦に説明しました。（必ずご説明いただき、チェックしてください）**

[ ] 検査前説明と結果は必ず夫婦そろって受診すること

[ ] 検査説明当日に検査できないこと

**※中期中絶も含め、分娩は紹介元施設での対応をお願いします**