

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：当院受診歴 あり ・ なし

妊婦氏名・生年月日	(旧姓：)		西暦 年 月 日生 (歳)
電話番号・住所	TEL	住所	
受診希望日	① 月 日 ()	② 月 日 ()	③ 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