

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 ゲノム診療科 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 <input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> CRL mm (月 日現在→ 週 日相当) <input type="checkbox"/> 排卵日指定 <input type="checkbox"/> 体外受精周期(採卵日 年 月 日, 歳 か月) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(詳細：) 子宮筋腫の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(詳細：)
多胎の有無	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> DD 双胎 <input type="checkbox"/> MD 双胎 <input type="checkbox"/> Vanishing twin <input type="checkbox"/> その他()
今回の妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> AIH <input type="checkbox"/> IVF-ET <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> その他 ()

希望する検査と適応

希望する検査	<input type="checkbox"/> NIPT <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 高年妊娠 <input type="checkbox"/> 染色体異常児の妊娠・出産既往(21T・18T・13T・その他：) <input type="checkbox"/> 超音波検査の異常(詳細：) <input type="checkbox"/> 夫婦のいずれかが染色体異常の保因者(詳細：) <input type="checkbox"/> 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