

診察・検査依頼票(診療情報提供書)

令和 年 月 日

< 出生前遺伝学的検査 NIPT 及び 羊水検査専用 >

愛知県厚生農業協同組合連合会
安城更生病院

紹介元医療機関
【施設名】

産婦人科 遺伝外来 担当医

TEL () -
FAX () -

希望診察・検査日

【医師名】

第1希望 : 年 月 日 (月 曜日)

第2希望 : 年 月 日 (月 曜日)

※当院受診時は、パートナーと一緒に受診していただくよう患者さんに必ずお伝えください。

※遺伝外来は月曜日からのみの受診になります。

※当日は地域連携室にお越しください。

◎予約変更(日時等)に際して、安城更生病院が直接患者さんと調整を行うことに 同意します 同意しません

※変更となった場合は必ず紹介医へ連絡させていただきます

下記妊婦が出生前遺伝学的検査を希望していますので、紹介いたします。

フリガナ		性別	生年月日
受診者名		女性	S・H・R 年 月 日
住所	連絡先: - -		
保 険 別			
自費	交通	労災	生保
退家	退本	国家	国本
健家	健本	高前	1 2 3
高後	1 3	身障	母子
子ども	その他	()	
保険者番号		公費負担者番号	
記号	番号	公費負担受給者番号	
資格取得	有効期限	被保険者・世帯主名	

患者情報

分娩予定日: 令和 年 月 日 【CRL・最終月経・IVF周期】より決定

妊娠週数: 妊娠 週 日【月 日 現在】 身長: cm 体重: kg

既往歴: _____

検査の適応について(あてはまる項目にチェック(☑)をお願いします)

- 高年齢の妊婦
- 母体血清マーカー検査で、胎児が染色体数異常を有する可能性が示唆された妊婦
- 染色体数異常(※1)を有する児を妊娠した既往のある妊婦
(※1. 21トリソミー・18トリソミー・13トリソミー)
- 両親のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有していて、胎児が13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性が示唆される妊婦
- 胎児超音波検査で、胎児が染色体数異常を有する可能性(※2)が示唆された妊婦
(※2. 胎児形態異常が証明されている場合は、確定的染色体検査を推奨することがあります)
- 胎児の染色体数異常に対する不安が解消されない妊婦(応相談)
- NIPT陽性のため、羊水検査をお願いします。
- 上記以外の理由で、羊水検査をお願いします。(理由:)

【使用中の薬剤情報】

- ・当該用紙を記入していただき、当院地域連携室にFAXをお願いします。
- ・希望者多数の場合、ご希望に添えないことがありますので、予めご了承ください。
- ・検査の概要は出生前検査認証制度等運営委員会ホームページ(<https://jams-prenatal.jp/>)の医療関係者・自治体関係者用ページにある「NIPT説明書」をご参照いただくか、当院産婦人科ホームページをご覧ください。
- ・検査は自費料金となりますので、ご了承ください。