

診察・検査依頼票(診療情報提供書)

令和〇〇年〇月〇日

< 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

記載例

紹介元医療機関
【施設名】

産婦人科 遺伝外来 担当医

安城更生クリニック

希望診察・検査日

TEL(△△△△) 〇〇 - ××××
FAX(△△△△) 〇〇 - ××××

第1希望 : 〇〇年〇月〇日(月曜日)

【医師名】

第2希望 : 〇〇年〇月〇日(月曜日)

更生 太郎

※当院受診時は、パートナーと一緒に受診していただく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

下記妊婦が母体血を用いた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	アンジョウ ハナコ		性別	生年月日																	
受診者名	安城 花子		<input checked="" type="radio"/> 女性 <input checked="" type="radio"/> S	H・R 〇〇年〇月〇日																	
住所	安城市安城町東広畔28番地		連絡先: △△△△- 〇〇 - ××××																		
保 険 別			公 費 負 担 別																		
自費	交 通	労 災	生 保	退 家	退 本	国 家	<input checked="" type="radio"/> 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			〇〇〇〇〇〇			公 費 負 担 者 番 号															
記 号	〇〇〇〇〇〇〇〇		番 号	〇〇〇〇〇〇		公 費 負 担 受 給 者 番 号															
資格取得	〇〇.〇.〇		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: _____

<p>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)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 高齢の妊婦</p> <p><input type="checkbox"/> 母体血清マーカー検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された妊婦</p> <p><input type="checkbox"/> 染色体数的異常(※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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 胎児超音波検査で、胎児が染色体数的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)</p> <p><input type="checkbox"/> 胎児の染色体数的異常に対する不安が解消されない妊婦(応相談)</p> <p><input type="checkbox"/> NIPT陽性のため、羊水検査をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外の理由で、羊水検査をお願いします。(理由: _____)</p>	<p>【使用中の薬剤情報】</p>
--	-------------------

- ・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。