**ＮＩＰＴ検査　紹介状（診療情報提供書）**

長浜赤十字病院

〒526-8585

滋賀県長浜市宮前町14番7号

　　　　年　　　月　　　日作成

　　 産婦人科　担当医殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名  住所　〒 | | |
| 電話番号 |  | |
| 医師氏名 |  | 印 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
| 患者住所 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | 年 　　月 　　日（　 　歳） |  | |  | |

分娩予定日をCRL等で確認後にご予約ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 | 遺伝カウンセリング  NIPT |
| 紹介理由 | 高年齢の妊婦（およそ35歳以上）  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  染色体数的異常を有する児を妊娠した既往のある妊婦  両親のいずれかが転座等の染色体異常症の保因者（核型など詳細を下記に記載）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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が示唆された妊婦  NT肥厚　　　　　mm ( 週　　　日現在)  不安  その他（別紙に記載をお願いします。） |
| 分娩予定日 | 年　　　月　　　日  予定日の決定方法： LMP起算　 CRL起算　 胚移植日起算  →　CRL　　　　　mm 　 週　　　日相当 ( 　 月　　　日現在) |
| 妊娠方法 | 自然妊娠  　人工授精  　体外受精（凍結胚移植の場合：採卵日　　　　年　　　月　　　歳時の採卵）  　顕微授精（凍結胚移植の場合：採卵日　　　　年　　　月　　　歳時の採卵） |
| 妊娠情報 | 妊娠・分娩歴（　　　妊　　　産）  　単胎　　双胎（  MD  DD  MM  Vanishing Twin ）  　妊娠経過特記事項：なし・あり（ありの場合は下記に記載） |
| 既往歴  家族歴 | 既往歴：なし・あり（ありの場合は下記に記載）  　家族歴：なし・あり（ありの場合は下記に記載） |
| 現在の処方 | なし  　あり（詳細下記へ） |
| 備考 |  |

**【予約方法】**

１．本紹介状【NIPT紹介状（診療情報提供書）】をご記入の上、予約取得時にFAXをお願いします。

　　　　【FAX送信先】

　　　　　　長浜赤十字病院 地域医療連携課

　　　　　　FAX : 0749-68-3315

　　　 　　TEL : 0749-68-3314

２．必要がある場合は別紙に記載して添付してください。

３．必要がある場合は画像診断のフイルム、検査の記録を添付してください。

**【受診当日：遺伝カウンセリング時】**

　・本紹介状をご持参下さい。