

N I P T検査 紹介状 (診療情報提供書)

長浜赤十字病院

年 月 日作成

〒526-8585

滋賀県長浜市宮前町 14 番 7 号

産科・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 | <input type="checkbox"/> 高年齢の妊婦 (およそ 35 歳以上) <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 <input type="checkbox"/> 染色体数的異常を有する児を妊娠した既往のある妊婦 <input type="checkbox"/> 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) () <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が示唆された妊婦 <input type="checkbox"/> NT 肥厚 mm (週 日現在) <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他 (別紙に記載をお願いします。) |
| 分娩予定日 | <input type="checkbox"/> 年 月 日 予定日の決定方法: <input type="checkbox"/> LMP 起算 <input type="checkbox"/> CRL 起算 <input type="checkbox"/> 胚移植日起算 → CRL mm 週 日相当 (月 日現在) |
| 妊娠方法 | <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 (凍結胚移植の場合: 採卵日 年 月 歳時の採卵) <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 妊娠・分娩歴（ 妊 産） <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎（ <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> Vanishing Twin ） <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 既往歴：なし・あり（ありの場合は下記に記載） <input type="checkbox"/> 家族歴：なし・あり（ありの場合は下記に記載） |
| 現在の処方 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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ィルム、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。