

紹介状(診療情報提供書) NIPT検査専用

社会福祉法人賛育会 賛育会病院
産科 出生前診断 外来 御中

記載日 年 月 日

紹介元医療機関

所在地
医療機関名
診療科
紹介医氏名
電話番号
FAX番号

下記妊婦さんが「非侵襲性出生前遺伝学的検査(NIPT)」を希望されておりますので、ご紹介いたします。

フリガナ							
氏名							
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	か月
妊娠歴	回 (詳細:)						
分娩歴	回 (詳細:)						
妊娠週数	週 日 (年 月 日現在)						
分娩予定日	西暦 年 月 日						
胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 (品胎以上は検査できません)						
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 <input type="checkbox"/> 顕微授精						
妊娠週数算出方法	<input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 排卵日 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 不明						
超音波検査(胎児心拍)	あり ・ なし						
CRL	mm (月 日 現在)						
家族歴・既往歴など特記事項	なし あり (詳細:)						
検査の適応 該当する項目に☑を入れてください。							
<input type="checkbox"/> 高齢妊娠(分娩予定日に35歳以上、凍結胚移植の場合は採卵時に34歳2か月以上)							
<input type="checkbox"/> 21トリソミー、18トリソミー、13トリソミー児の妊娠・分娩歴がある							
<input type="checkbox"/> 21トリソミー、18トリソミー、13トリソミーに罹患している可能性が高いことを指摘されている (理由:)							
<input type="checkbox"/> 21トリソミー、18トリソミー、13トリソミーへのご心配が強い方							