添付書類

NIPT(非侵襲的出生前遺伝学的検査)に係る情報提供書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本紙は、NIPT（非侵襲的出生前遺伝学的検査）を希望する場合の専用書類です。本紙を、愛媛県立中央病院指定の「紹介状・診療情報提供書」に添えて、地域医療連携室へご送信ください。【FAX番号 089-987-6271】※本紙のみでは担当者まで取り次ぐことができません。必ず紹介状・診療情報提供書とともにご送信ください。 |  | 送信元 |  |
|  | 医療機関名 |  |
|  | 所在地 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | FAX番号 |  |
|  | 医師氏名 |  |

【NIPTを希望している妊婦の詳細】

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | S　・　H 年 月 日 （ )歳 |
| 妊娠週数 | 妊娠 週 日 （ 月 日 　現在） |
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 |
| 妊娠分娩歴 |  G ・ P |
| 今回妊娠方法 | 自然　・　排卵誘発薬使用　・　AIH　・　IVF-EV(新鮮・凍結)　・　ICSI(新鮮・凍結)　・　胚盤胞 |
| 凍結胚を用いた妊娠の場合の採卵日 | 西暦　　　　 年 月 日 （ )歳 |
| 超音波所見 | CRL　　　　　ｍｍ　　　　胎児心拍　＋　・　－　（　　　月　　　日 　現在）単胎　・　双胎 （　DD　・　MD　・　MM　） |
| 家族歴・既往歴 | なし　 ・　あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身長・体重 | 身長　　　ｃｍ 　　　　　体重　　　 ｋｇ |
| 合併症 | なし　 ・　あり　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在内服薬 | なし　・　ヘパリン　・　アスピリン　・　ステロイド　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検査の適応(該当項目にチェック) | [ ] 高齢妊娠[ ] 21・18・13　トリソミー染色体異常児の出産既往がある[ ] 児が染色体異常を罹患している可能性が高い（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※次の項目に該当される妊婦の方には、羊水穿刺などの侵襲的検査をお勧めしています[ ] 明らかな胎児奇形がある[ ] 両親のいずれかが転座などの染色体異常症の保因者である |

◎本紙に記入の上、指定の紹介状に添えて、地域医療連携室へご送信ください。【FAX番号 089-987-6271】

◎ＦＡＸは、平日（午前8時30分～午後5時）までに送信してください。

　ただし、受診前日（土・日・祝日を除く）の場合は、午後3時30分までにお願いします。

◎本紙に記載されている個人情報は、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。