

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)	<input type="checkbox"/> 高齢妊娠 <input type="checkbox"/> 21・18・13 トリソミー染色体異常児の出産既往がある <input type="checkbox"/> 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分までをお願いします。

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