

西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 診療情報提供書（飯野病院 NIPT専用）

紹介先医療機関

医療法人社団 飯野病院

遺伝診療科 宛

他院通院中の患者様がNIPT外来を受診される場合、患者様自身が事前に電話でNIPT外来の予約を確定していることが必須となります。

紹介元医療機関

医療機関名

所在地

TEL

診療科

医師名

フリガナ		生年月日	
患者（妊婦）氏名		西暦____年____月____日生____歳	
現住所	〒	電話 番号	

### ◎ 妊婦情報

身長： \_\_\_\_cm 体重： \_\_\_\_kg

妊娠週数： 妊娠 \_\_\_\_週 \_\_\_\_日（ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 現在）

分娩予定日： 西暦 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

分娩予定日決定方法：  CRL  最終月経

体外受精日  医師判断

胎児数：  単胎  双胎（膜性診断：  DD  MD  MM）

胚移植の有無：  なし  あり（採卵時の年齢： \_\_\_\_歳 \_\_\_\_ヶ月）

直近の超音波所見： \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 胎児心拍 + ・ -

CRL  BPD \_\_\_\_mm

◎ 出生前検査外来の受診動機：（該当欄に☑:複数回答可）

染色体疾患（21/18/13 トリソミー）に対する不安がある

他検査で21/18/13トリソミーの可能性を指摘された

21/18/13トリソミー児の妊娠/出産経験あり

ご夫婦のいずれかが、染色体異常の児を得る可能性が高くなる染色体を持つ

※ 超音波検査で胎児形態異常（軽度のNT肥厚は除く）が既に診断されている場合は、NIPT検査ではなく、転座を含めて診断可能な羊水検査をお勧めしています。