遺伝カウンセリング、出生前診断検査のための診療情報提供書

送信先　山梨大学医学部附属病院　医療福祉支援センター

　　　　FAX番号 055-273-9879

 [受付時間] 月～金　9:00～17:00

山梨大学医学部附属病院産婦人科 周産期遺伝外来 宛て

記載日 西暦　 　　年 　　月 　　日

ご依頼元

医療機関名

医師名

電話番号

FAX番号

以下のカッコ内の希望する項目に○をつけてください。（重複可）

以下の妊婦さんが（遺伝カウンセリング、NIPT、初期コンバインド検査、クアトロテスト）を希望しております。

妊婦さんの情報

フリガナ

妊婦氏名

生年月日 　西暦 　　　　年 　　　月 　　　日　（ 　　　歳）

当院受診歴 □無し　□あり（ID　　　　　　　　　 ）

妊婦さんの連絡先電話番号

妊娠情報

　　　妊　　　産（今回の妊娠を含む）

分娩予定日 西暦 　　　年 　　　　月 　　日

妊娠方法

□自然妊娠

□不妊治療（□排卵誘発剤 □人工授精 □体外受精）

分娩予定日決定方法

□超音波 　□最終月経 　□医師の判断 　□体外受精（採卵時 　 歳 　ヶ月）

妊娠週数 　　週 　　日（西暦 　　　年 　　月 　日現在）

胎児数 　□単胎 　□双胎（ □1絨毛膜　□２絨毛膜）

NIPTは品胎以上の多胎妊娠は検査できません

最終胎児心拍確認日　 (西暦 　　　年 　　月 　　日)

＊双胎妊娠 Ⅰ最終胎児心拍確認日 (西暦　　　　年 　 月 　 日)

Ⅱ最終胎児心拍確認日 (西暦 　 年 月 日)

既往歴・家族歴など特記事項

遺伝学的検査（NIPT）の適応

□高年妊娠（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 ヶ月以上）

□染色体疾患（21トリソミー、18トリソミー、13トリソミーのいずれか）に罹患した児の妊娠・分娩歴がある

□胎児が染色体疾患（21トリソミー、18トリソミー、13トリソミーのいずれか）に罹患している可能性が示唆される （血清マーカー陽性、胎児NT肥厚等）

□胎児染色体疾患に対する不安が強い

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

FAX受信後の翌日以降に妊婦さんご本人からの電話で予約を確定いたします。

電話番号 055-273-1111(代表) 産婦人科外来まで患者さまご自身での電話をお願いします。電話受付時間は平日（月〜金）14:00〜16:00です。

この診療情報提供書と紹介状を予約当日にご持参ください。