

出生前カウンセリング外来(NIPT検査含む)予約申込書

フリガナ		男・女・	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和
氏名	様 (旧姓)	その他		年 月 日
住所				
当院の受診歴(有・無)		電話(自宅)	—	—
患者番号	—	(携帯)	—	—
		(勤務先)	—	—
		(緊急連絡先・氏名)	—	—

※希望日のご記入をお願いします。(予約は火曜日の午後)

第1希望	月 日 火曜日
第2希望	月 日 火曜日
都合の悪い日	月 日 火曜日

紹介元医療機関名

所在地

T E L
F A X
医師氏名

〔患者情報〕	身長	cm	体重	kg (現在)
分娩予定日	年	月	日	
妊娠週数	妊娠	週	日	【月 日 現在】
妊娠週数算出方法	<input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 体外受精周期 <input type="checkbox"/> 排卵日指定 <input type="checkbox"/> 決定方法未確認			
妊娠初期CRL	mm	胎児心拍 (+)・(-)	【月 日 現在】	
妊娠歴	妊	産	(流産回数	回)
妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工受精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精			
家族歴・既往歴	なし・あり(詳細:)			
妊娠中治療薬	なし・ヘパリン・低用量アスピリン・ステロイド・その他()			
分娩予定先	<input type="checkbox"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> その他()			

< 検査の適応 >

- ・高齢妊娠
- ・過去に13トリソミー、18トリソミー、21トリソミー児を妊娠、分娩したことがある。
- ・超音波検査、母体血清マーカー検査などの結果、上記3種類の染色体異常を疑う。
- ・両親のいずれかが均衡型転座やロバートソン型転座を有していて、胎児が13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性が示唆される。
- ・上記には該当しないが、不安が強く検査を希望している。

※上記にあてはまっても、次のケースは適応になりませんので、ご注意ください。

・胎児形態異常が既に診断されている(※羊水染色体検査を推奨)

- ◆ 「出生前カウンセリング外来(NIPT検査含む)予約申込書」と「診療情報提供書」をFAXしてください。
- ◆ 予約受付後、「紹介患者診察予約票」、「NIPT カウンセリング事前問診票」をFAXにて返信します。
- ◆ 「紹介患者診察予約票」、「NIPT カウンセリング事前問診票」、「診療情報提供書」を患者様にお渡しください(当日持参)
- ◆ 申込受付:月曜日から金曜日 8:30~16:30 (祝日・年末年始を除く)

中央病院処理欄

予約日 月 日 () 時 分 ~ 月 日 (受付)