

診療情報提供書

記入日： 年 月 日

国立国際医療研究センター病院 臨床ゲノム科

担当医 殿

紹介元医療機関 住所：〒 _____ _____
医療機関名： _____
診療科名： _____
紹介医氏名： _____
電話番号： _____

下記妊婦さんが、NIPT を希望されているため紹介致します。

氏名	殿		
生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
妊娠週数	週 日 (月 日現在)	分娩予定日	年 月 日
凍結胚移植の場合の採卵時点の期日および年齢			年 月 日 歳 か月
超音波検査	月 日時点で CRL= _____ mm、胎児心拍 (+)・(-)		
既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ありの場合：	
家族歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ありの場合：	
妊娠歴	回	詳細：	
分娩歴	回	詳細：	

検査適応 該当する項目に✓を入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 胎児が 13 トリソミー、18 トリソミー、21 トリソミーいずれかの体質である可能性が高い (理由： _____)
<input type="checkbox"/> 染色体異常児 (13 トリソミー、18 トリソミー、21 トリソミー) の出産既往がある
<input type="checkbox"/> 高齢妊娠 (出産予定日時点で 35 歳以上)
※凍結胚の場合、採卵時年齢が 34 歳 2 か月以上