

紹介状（診療情報提供書） 母体血を用いた出生前遺伝学的検査（NIPT）専用

（多項目にわたり大変お手数をおかけいたしますが、ご協力のほど何卒宜しくお願い申し上げます）

（FAX 送付先：0120-33-5979 徳島大学病院 予約センター）

初回カウンセリング時に **15 週末満まで**お受け致します。本用紙にご記入の上、**FAX 予約用紙とともに** お送り下さい。

紹介先医療機関・診療科

徳島大学病院・産婦人科（臨床遺伝診療部）

紹介元医療機関

住所：

医療機関名：

診療科名：

紹介医師名：

電話番号：

NIPT を希望されている妊婦様の詳細です。

患者氏名：.....	妊娠週数：妊娠	週	日	(月	日現在)			
生年月日：西暦	年	月	日	(歳)	、パートナー年齢：() 歳			
多胎の有無：	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 双胎	(<input type="checkbox"/> DD	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/> MM	<input type="checkbox"/> Vanishing Twin)		
分娩予定日：西暦	年	月	日	(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"/> 排卵期 <input type="checkbox"/> 不明)					
凍結胚を用いた妊娠の場合	採卵日の年齢	(歳	ヶ月)					
妊娠歴 (今回含まず)：出産	()	回、自然流産	()	回、人工流産	()	回
今回の妊娠：	<input type="checkbox"/> 自然妊娠	<input type="checkbox"/> AIH	高度生殖補助医療による妊娠： <input type="checkbox"/> IVF (<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> 凍結)						
	<input type="checkbox"/> ICSI (<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> 凍結)；男性因子 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)								
	<input type="checkbox"/> 初期胚移植 <input type="checkbox"/> 胚盤胞移植								
現在の疾患：	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍	<input type="checkbox"/> 自己免疫疾患	()	<input type="checkbox"/> その他	()	
既往歴：	()								
現在の使用薬剤：	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> アスピリン	<input type="checkbox"/> ステロイド	<input type="checkbox"/> ヘパリン					
その他特記すべき合併症や使用薬剤：	()								

検査の適応

- 高齢妊娠（出産予定日に 35 歳以上）
- 21・18・13 トリソミーの染色体異常児の出産既往がある ()
- 児が染色体異常を罹患している可能性が高い
- 児の染色体異常に対する不安が強い
- ・NT の増大については 出生前診断外来ではなく 通常の産婦人科外来へご紹介下さい。
- ・以下の項目に該当される妊婦さんには、羊水穿刺などの侵襲的検査をお勧めします。
- 明らかな胎児奇形があるもの 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