

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）

検査の希望が多い場合には先着順となり、お断りすることがあります。初回カウンセリング時に **15 週未満まで** お受けいたします。

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（ゲノム医療センター）

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						
<input type="checkbox"/> 高齢妊娠						
<input type="checkbox"/> 21・18・13 トリソミーの染色体異常児の出産既往がある（						
<input type="checkbox"/> 児が染色体異常を罹患している可能性が高い						
<input type="checkbox"/> 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。						
<input type="checkbox"/> 明らかな胎児奇形があるもの <input type="checkbox"/> 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						

検査についてのお問い合わせ

徳島大学病院

産婦人科外来
ゲノム医療センター

電話：088-633-7175

電話：088-633-9218

2022/12/1 作成