Ver.3　2022.8.版

診療情報提供書
ー出生前検査・NIPT外来専用ー

神戸大学医学部附属病院
患者支援センター地域連携部門 予約担当　宛

申込日　　年　　月　　日

医療機関名
所在地
診療科・医師名
TEL:　　FAX:

医療機関	:神戸大学医学部附属病院
希望診療科	:産科婦人科外来/遺伝子診療部
希望外来	:出生前検査・NIPT外来

下記の妊婦さんが出生前検査・NIPT外来の予約を希望されていますのでご紹介致します。

ふりがな
妊婦名:　　生年月日:　　年　　月　　日　(　　)歳

妊婦さんの情報

☐ 単胎　☐ 双胎　(☐ MD　☐ DD　☐ MM　☐ Vanishing Twin)

希望する検査(複数選択可):状況によっては、ご希望以外の検査法をお勧めする可能性がある旨お伝え下さい
☐ NIPT　☐ 羊水検査　☐ クアトロ検査　☐ 相談の上決定したい

分娩予定日:＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　分娩予定施設:(自施設 / ＿＿＿＿＿＿＿＿)

予定日決定方法:　☐最終月経　☐超音波　☐体外受精周期　☐排卵日指定　☐その他(　　)

妊娠週数:　妊娠11週0日は、＿＿月＿＿日
　　妊娠14週6日は、＿＿月＿＿日

※基本的に妊娠11週0日～14週6日の間に予約させていただきます

今回の妊娠方法:(複数選択可)
☐ 自然　☐タイミング　☐排卵誘発剤使用　☐AIH
☐ IVF　(☐新鮮　☐凍結)
☐ ICSI　(☐新鮮　☐凍結)　男性因子(あり ・ なし)

妊娠歴:　妊娠＿＿回　経産＿＿回　流産歴:　自然＿＿回　人工＿＿回
※今回の妊娠を含む

既往歴:　なし ・ あり　詳細(　　)

家族歴:　なし ・ あり　詳細(　　)

あてはまる項目に〇をして下さい(複数選択可)

1　高年妊娠(分娩予定日で35歳以上)

2　Trisomy13・Trisomy18・Trisomy21を持つ児の妊娠・分娩歴がある　(　　)

3　超音波検査で異常所見を認める　(　　)

4　夫婦のいずれかが転座保有者等、上記の染色体疾患を持つ可能性が高い

5　母体血清マーカー検査の結果が陽性
※検査名: トリプルマーカーテスト ・ クアトロテスト
(陽性となった疾患:　T21 ・ T18 ・ 開放性二分脊椎)
(確率:　　)

6　本人の強い希望

7　その他(具体的に:　　)
※内容によっては事前にご相談させていただきます

※超音波検査で異常所見を認める場合はNIPTではなく、染色体疾患全般の検査が可能な羊水検査を推奨します

申込方法:
当院紹介予約(外来)申込書とこの用紙の計2枚をご記入の上、FAXにて078-382-5265までご送付下さい。