

診療情報提供書 — 出生前検査・NIPT外来専用 —

神戸大学医学部附属病院

申込日 年 月 日

患者支援センター地域連携部門 予約担当 宛

医療機関名

所在地

紹介診療科・医師名

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

TEL:

FAX:

下記の妊婦が出生前検査・NIPT外来で検査を希望されておりますのでご紹介致します。

ふりがな
 患者名: 生年月日: 年 月 日 ()歳

患者情報(以下は必須項目)

単胎 双胎 (MD DD MM Vanishing Twin)

希望する検査(複数選択可):

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(_____)

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12週0日は、 _____ 月 _____ 日
 妊娠14週6日は、 _____ 月 _____ 日

**※申込は9週を超えてから可能
 ※予約は基本的に妊娠12週0日～14週6日
 の間に取らせていただきます**

今回の妊娠方法:

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○をして下さい(複数選択可)

※NIPTの適応は 1～5 のいずれかに○のある方です

- 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)
- 6 本人の強い希望 (確率: _____)
- 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

**※超音波検査で形態変化がある場合は
 NIPTではなく、染色体疾患全般の
 診断が可能な羊水検査を推奨致します**

申込方法:

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