

# 紹介状（診療情報提供書）

母体血胎児染色体検査（NIPT）専用

紹介先医療機関・診療科 島根大学病院 産科婦人科 御中

<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

FAX番号

<患者情報>

患者氏名（ふりがな）：

生年月日：

患者緊急時連絡先（携帯電話番号など）：

妊娠週数妊娠 週 日（ 月 日現在）

出産予定日：平成 年 月 日

起算方法 LMP CRL 体外受精周期 排卵日指定 その他

妊娠方法：自然 AIH IVF（新鮮 凍結） ICSI（新鮮 凍結）

採卵時母体年齢：

母体血液型 Rh型： 陰性 陽性

男性不妊因子：あり なし

人種： 本人 夫

妊娠出産歴 妊 産

家族歴 既往歴：

検査の適応

高年妊娠

13トリソミー、18トリソミー、21トリソミーの染色体異常児の出産既往

胎児が染色体異常症を罹患している可能性が高い

以下に該当する場合には羊水検査などの侵襲的検査をお勧めします。

明らかな胎児異常があるもの

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

本用紙に記入の上、地域医療連携室FAX まで「FAX診療申し込み書」と一緒にお送り下さい。予約取得可能時間は9時から17時までです。こちらから予約日時を貴院へFAXさせていただきます。検査は妊娠15週6日までですのでご配慮お願いいたします。