

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

（下記は、この情報はご本人の同意の下、研究に利用されております。
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（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）（採卵時の年齢が 34 歳 2 ヶ月以上 ）	
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（ <u>出産予定日に 35 歳以上</u> 、 <u>凍結胚移植</u> の場合は <u>採卵時の年齢が 34 歳 2 ヶ月以上</u> ）									
<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									
・ <u>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。</u>									
・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
臨床遺伝診療部

電話：088-633-7175
電話：088-633-9218

2021/1/13 作成