

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</u> 通常の <u>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