

## 診療情報提供書(出生前遺伝学的検査(NIPT)申込用紙)

広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課 行  
 〒730-8619 広島市中区千田町1丁目9番6号  
 TEL 082-241-3111(内線: 3211)

年 月 日

**FAX 082-504-7576**

※16:30以降受信のFAXは次の日の受付になる場合があります。  
 ※検査について、ご不明な点がございましたら、「産婦人科外来」までお問い合わせください。

紹介元医療機関 名称 所在地 電話番号 医師氏名
--------------------------------------

診療科名	産婦人科 遺伝カウンセリング外来			
フリガナ			大昭 平令	
氏名	生年月日	年 月 日		
現住所	〒(      -      )		職 業	
連絡先	①自宅・職場・携帯・病院・施設	(      )	—	【続柄:      】
	②自宅・職場・携帯・病院・施設	(      )	—	【続柄:      】
第1希望	月 日			
第2希望	月 日			
第3希望	月 日			

※パートナーの方も一緒にお越しください。

患者情報	分娩予定日	令和      年      月      日		
		(凍結胚を用いた妊娠の場合)採卵日:H. R      年      月      日(      歳      ヶ月)		
	妊娠週数	妊娠      週      日(      月      日現在)		
	超音波所見	CRL:      mm(      月      日現在)→      週      日相当		
	検査の適応 (該当箇所 にチェックを お願いします)	<input type="checkbox"/> 高齢妊娠(分娩予定日に35歳以上) <input type="checkbox"/> 染色体異常児(13, 18, 21トリソミー)の妊娠・分娩既往がある <input type="checkbox"/> 胎児が染色体異常を罹患している可能性が高い (クアトロテストや超音波マーカーテストで確率が高い) <input type="checkbox"/> 両親のいずれかに13, 18, 21番の染色体が関与する転座等がある		
	その他 (病状、病名等)			

広島赤十字・原爆病院 記入欄	チェック	確認者	受診日	患者連絡	病院連絡