

NIPT外来（出生前カウンセリング）予約申込書

※患者さんご本人から当院へ事前にお電話いただいた後、かかりつけ医療機関より本申込書と診療情報提供書をFAXしてください。

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日（	歳）
氏名	様 (旧姓)	当院受診歴	☐ 有 ☐ 無 患者番号（				
住所	〒						
電話	携帯： - -	緊急連絡先	氏名： 続柄： TEL：				

※受診の際は、配偶者（パートナー）と必ず一緒にご来院ください。

※希望日のご記入をお願いします。

NIPT外来は月～水曜日の午後（完全予約制）です。

第1希望 月 日（ ）

第2希望 月 日（ ）

都合の悪い日 月 日（ ）

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

【患者・妊娠情報】

身長・体重	身長 cm 体重 kg（現在）	分娩予定日	西暦	年	月	日
妊娠週数	妊娠 週 日【 月 日現在】	分娩予定先	☐ 貴院 ☐ 当院 ☐ その他（ ）			
妊娠歴	妊 産（流産 回）	妊娠方法	☐ 自然 ☐ AIH ☐ IVF ☐ ICSI			
胎児数	☐ 単胎 ☐ 双胎（当院NIPT対象外）	妊娠初期CRL	mm 胎児心拍 ☐ + ☐ - 【 月 日現在】			
週数算出方法	☐ 最終月経 ☐ 超音波 ☐ 体外受精周期 ☐ 排卵日指定 ☐ 未確認					
家族歴・既往歴	☐ なし ☐ あり（ ）					
妊娠中治療薬	☐ なし ☐ ヘパリン ☐ 低用量アスピリン ☐ ステロイド ☐ その他（ ）					
超音波所見	☐ 特記なし ☐ NT肥厚/形態異常疑い ☐ その他（ ）	検査歴	☐ 血清マーカー ☐ コンバインド ☐ その他			
染色体関連既往	☐ なし ☐ 13/18/21トリソミー妊娠・分娩歴あり	両親の転座	☐ なし ☐ あり ☐ 不明			
その他疾患	☐ なし ☐ あり（ ）	アレルギー	☐ なし ☐ あり（ ）			
備考						

【NIPTに関する相談・検査希望理由】（複数選択可）

- ☐ 年齢に関する不安
- ☐ 過去に13・18・21トリソミーの妊娠／分娩歴がある
- ☐ 超音波検査・母体血清マーカー検査等の結果が気になる
- ☐ 両親いずれかに均衡型転座等がある
- ☐ 染色体疾患に関する家族歴がある
- ☐ 上記には該当しないが不安があり、NIPTについて相談を希望

※胎児形態異常が疑われる、または診断されている場合は、NIPT以外の検査・専門的評価が適切なことがあります。必要に応じて基幹施設等へ紹介します。

【お申込みの流れ】

- ◆ 患者さんご本人から当院へ事前にお電話ください。
- ◆ その後、紹介元医療機関から本申込書と診療情報提供書をFAXしてください。
- ◆ 予約確定後、予約日時を紹介元医療機関へFAXで返信します。診療情報提供書の原本は、受診当日に患者さんにご持参いただくようお願いいたします。

当院処理欄	予約日： 月 日（ ） 時 分 ～
-------	--