

国立循環器病研究センター NIPT 外来予約および紹介状

| | | | | | | | |
|---|---|------|-----------|-----------|---|---|------|
| 妊婦さん | フリガナ | | 生年月日(西暦) | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| | お名前 | (旧姓) | 身長 () cm | 体重 () kg | | | |
| ご住所 | 〒 | | | | | | |
| | 電話番号 | FAX | | | | | |
| 記入欄 | 国立循環器病研究センターの受診歴 なし・あり (ID) | | | | | | |
| | NIPT 外来の予約日 20 年 月 日 時間 (:) | | | | | | |
| | <p>次の項目をよく読んで、了承されればチェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 本検査は検査の意義などをきちんと理解していただいた上で実施いたしますので、検査前の遺伝カウンセリングは必須となります。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査前の遺伝カウンセリングと検査結果の開示には赤ちゃんのご両親揃っての受診が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査陽性時には確定検査（羊水穿刺）が必要となります。</p> | | | | | | |
| 差支えなければお答えください：妊婦さん <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> その他 () 夫 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |

以下は予約日決定後にかかりつけ医よりご記入をお願いします。

| | | | |
|--|--|--|---|
| 医療機関記入欄 | 【記載日】 | 20 年 月 日 (妊娠 週 日) | 【妊婦血液型】 RhD 陽性・陰性・不明 |
| | 【最終月経】 | 20 年 月 日 | 【妊婦の現在の使用薬剤】 <input type="checkbox"/> なし 製品名・用量 |
| | 【分娩予定日】 | 20 年 月 日 | <input type="checkbox"/> アスピリン () <input type="checkbox"/> ステロイド () <input type="checkbox"/> ヘパリン () <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 【妊娠週数算出方法】 | <input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> CRL (週) <input type="checkbox"/> 体外受精周期 <input type="checkbox"/> 排卵日指定 <input type="checkbox"/> その他 () | 【妊婦の現在の病気】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍(病名) () <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患(病名) () <input type="checkbox"/> 血液疾患(病名) () その他特記すべき合併症や既往歴など () |
| | 【今回の妊娠について】 当てはまるものに全てチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発 <input type="checkbox"/> AIH <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> vanishing twin <input type="checkbox"/> 男性因子 有 IVF もしくは ICSI の場合、当てはまるものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 新鮮胚 / <input type="checkbox"/> 凍結胚 <input type="checkbox"/> 初期胚移植 / <input type="checkbox"/> 胚盤胞移植 採卵時母体年齢 () 歳 () カ月 | | |
| 上記患者様の NIPT 外来の受診を紹介します。 医療機関情報 病院名 住所 電話番号 / FAX 番号 医師名 | | | |

医療機関様より、06-6170-1348 まで FAX をお願いします。(受付:平日 9:00~19:00)

〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町 6-1 国立循環器病研究センター 専門医療連携室 電話番号:06-6170-1070(代表)

紹介状原本は受診当日、患者様にお持ちいただきますようお願いいたします。