

診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関・診療科：

国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター

胎児診療科 周産期遺伝外来

紹介元医療機関

住所：

医療機関名：

診療科名：

紹介医氏名：

電話番号：

下記の妊婦が出生前検査を希望しておりますので紹介します。

患者氏名： _____ 身長： _____ cm、体重： _____ kg

生年月日： 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ ） 歳

電話番号： _____ - _____ - _____

患者情報（以下は必須項目です）：

出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

妊娠週数：妊娠 _____ 週 _____ 日 （ _____ 月 _____ 日 現在）

超音波検査：CRL= _____ mm 胎児心拍：（+）・（-） （ _____ 月 _____ 日 現在）

妊娠歴：経妊回数（ _____ 回）経産回数（ _____ 回）流産回数（ _____ 回）

妊娠方法：☐自然妊娠 ☐人工授精 ☐体外受精 ☐顕微授精

凍結胚による妊娠の場合の採卵日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ ） 歳（ _____ ） か月時

家族歴・既往症：なし・あり（詳細： _____ ）

受診理由（以下は必須項目です）：

☐ 高齢妊娠

☐ 以前の妊娠・分娩で児が染色体異常（詳細： _____ ）

☐ 超音波異常所見（詳細： _____ ）

☐ 母体血清マーカー検査結果

☐ 上記以外で検査を希望（☐不安 ☐遺伝性疾患 ☐その他： _____ ）

NIPT 検査の希望の有無： ☐あり ☐なし