

無侵襲的出生前遺伝学的検査（NIPT）診療情報提供書

令和 年 月 日

NTT東日本札幌病院 産婦人科 遺伝カウンセリング外来

医療機関名： _____

住 所： _____

電 話 番 号： () _____ - _____

医 師 氏 名： _____ 印

妊婦氏名： _____ (か： _____)

生年月日： 昭和・平成 年 月 日 (歳)

電話番号： _____

[NIPT 検査希望]

■分婏予定日：令和 年 月 日

■分婏予定日決定方法：

超音波 最終月経 医師の判断 体外受精（排卵時 歳 ヶ月）

■妊娠週数： _____ 週 _____ 日（令和 年 月 日現在）

■身長／体重： _____ c m / _____ k g

■出産回数：初産 経産（ _____ 回）

■胎児数：単胎 双胎

■既往歴・家族歴など特記事項：

検査の適応（該当項目を1つ以上満たす必要あり）

- 胎児超音波検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された方
- 母体血清マーカー検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された方
- 染色体数的異常を有する児を妊娠した既往のある方
- 高年妊娠の方（35歳以上）
- ご夫婦のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有していて、胎児が13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性が示唆される方

※他医療機関に通院中の方は、こちらの診療情報提供書を通院中の医療機関に記載いただき、検査前カウンセリング当日にご持参下さい。