

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