

紹介状(診療情報提供書)
－出生前検査外来専用－

紹介先医療機関・診療科

昭和医科大学横浜市北部病院
臨床遺伝・ゲノム医療センター
出生前検査外来

紹介元医療機関

住 所：
医療機関名：
診療科名：
紹介医師名：
電話番号：
FAX 番号：

下記妊婦が出生前検査を希望しておりますので、紹介いたします。

患者氏名(ふりがな)：	緊急時連絡先(携帯など)：
生年月日：西暦 年 月 日(歳)	
患者情報(以下は必須項目です)	
身長：()cm 体重：()kg【 月 日現在】	
分娩予定日：西暦()年()月()日 (算出方法：最終月経、CRL、移植日、排卵日)	
妊娠週数：妊娠()週()日【 月 日現在】 ※正確な週数をご記入ください	
最終月経日：西暦()年()月()日	
胎児の数：単胎・双胎(DD・MD・MM・膜性不明)	
妊娠様式：自然妊娠・人工授精・体外受精(新鮮胚・凍結胚)・顕微授精	
家族歴・既往歴：なし・あり(詳細：)	
妊娠初期CRL：()mm；胎児心拍：(+)・(-)【 月 日現在】	
出生前検査外来の受診動機：(該当欄に☑：複数回答可) <input type="checkbox"/> 高年妊娠(出産予定日に35歳以上) <input type="checkbox"/> 染色体数の疾患児(21トリソミー、18トリソミー、13トリソミー)の出産既往がある <input type="checkbox"/> 児が染色体疾患を罹患している可能性が高い <input type="checkbox"/> 胎児先天疾患(形態疾患など)が証明されている ※出生前検査外来では、超音波などの胎児評価は行いません。児に疾患が疑われる場合は、当院産婦人科への紹介をご検討下さい。 <input type="checkbox"/> 両親のいずれかが転座などの染色体疾患の保因者 <input type="checkbox"/> その他(詳細：)	検討している出生前検査：(該当欄に☑：複数回答可) <input type="checkbox"/> クアトロテスト <input type="checkbox"/> コンバインド検査 <input type="checkbox"/> NIP T(母体血胎児染色体検査) <input type="checkbox"/> 羊水検査 <input type="checkbox"/> 絨毛検査 <input type="checkbox"/> その他(詳細：)

【当外来は完全予約制です】

- ① 本用紙を主治医に記載していただき、出生前検査外来の予約をおとりください。(専用サイトからのオンライン予約のみ)
- ② 来院当日、この用紙を忘れずにご持参ください。
- ③ 詳しくは、当院ホームページをご確認ください。