

# 出生前診断外来 紹介状（診療情報提供書）

滋賀医科大学医学部附属病院

年 月 日作成

母子診療科 科

出生前診断外来担当医 殿

医療機関の所在地および名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳)

NIPTのご予約は分娩予定日をCRL等で確認後（妊娠8週以降）にご予約ください。

紹介目的	遺伝カウンセリング <input type="checkbox"/> NIPT <input type="checkbox"/> NT外来 <input type="checkbox"/> 羊水検査 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 ( )
紹介理由	<input type="checkbox"/> 高年妊娠 <input type="checkbox"/> 染色体異常児の妊娠・分娩歴がある <input type="checkbox"/> NT肥厚 mm ( 週 日現在) → CRL mm 週 日相当 ( 月 日現在) *NT肥厚でのご紹介はNT外来の予約を優先させていただくことがあります。 <input type="checkbox"/> 夫婦のいずれかが転座等の染色体異常症の保因者（核型など詳細を下記に記載） ( ) <input type="checkbox"/> 母体血清マーカー検査で陽性（結果： ） <input type="checkbox"/> 家系内に遺伝性疾患患者がいる (疾患名： ) <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他（別紙に記載をお願いします。）
分娩予定日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 予定日の決定方法： <input type="checkbox"/> LMP起算 <input type="checkbox"/> CRL起算 <input type="checkbox"/> 胚移植日起算
妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精（凍結胚移植の場合：採卵日 年 月 歳時の採卵） <input type="checkbox"/> 顕微授精（凍結胚移植の場合：採卵日 年 月 歳時の採卵）
妊娠情報	<input type="checkbox"/> 妊娠・分娩歴（ 妊 産） <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎（ <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> Vanishing Twin ） <input type="checkbox"/> 妊娠経過特記事項：なし・あり（ありの場合は下記に記載）

既往歴 家族歴	<input type="checkbox"/> 既往歴：なし・あり（ありの場合は下記に記載）  <input type="checkbox"/> 家族歴：なし・あり（ありの場合は下記に記載）
現在の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（詳細下記へ）
備考	

注

1. 患者支援センターを通じてご予約をお願いします。本紹介状を予約取得時に FAX してください。  
FAX 送信先  
滋賀医科大学医学部附属病院 患者支援センター  
077-548-2792 (TEL; 077-548-2515)
2. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
3. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。
4. 羊水検査をご希望の場合は妊娠初期検査結果の写しをご提供ください。