



榊原記念病院 NIPT 予約および紹介状

2022年8月改定

妊婦さん	フリガナ お名前	生年月日	年	月	日	(歳)
	(旧姓)	身長 () cm	現在の体重 () kg			
記入欄	〒	ご住所				
	電話番号 :					
	榊原記念病院の受診歴 なし・あり (ID)					
	次の項目をよく読んで、了承されればチェックをお願いします。					
<input type="checkbox"/> 当日は1時間ほど遺伝カウンセリングを行います。その後検査を受検するか検討していただきます。 <input type="checkbox"/> 検査受検の有無にかかわらず、遺伝カウンセリング費用は必要となります。 <input type="checkbox"/> 妊婦さん一人での受診は可能ですが、同意書に妊婦さんとパートナー両方の署名が必要ですので、お一人の場合は当日の検査はできません。ご夫婦で来院された場合は当日に検査ができます。 <input type="checkbox"/> 検査陽性時には基本的に確定検査(羊水穿刺)を行います。						
差支えなければお答えください：妊婦さん <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> その他 () パートナー <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> その他 ()						

以下は予約日決定後に紹介元の先生よりご記入をお願いします。

医療機関記入欄	NIPT 外来の予約日				20	年	月	日	予約時間 (:)
	【記載日】	20	年	月	日	(妊娠週)			
【胎児心拍最終確認日】	20	年	月	日					【妊婦の現在の使用薬剤】 <input type="checkbox"/> なし
【最終月経】	20	年	月	日					<input type="checkbox"/> あり (製品名・用量)
【分娩予定日】	20	年	月	日					<input type="checkbox"/> アスピリン ()
【妊娠週数算法】									<input type="checkbox"/> ステロイド ()
<input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> CRL (週) <input type="checkbox"/> 体外受精周期									<input type="checkbox"/> ヘパリン ()
<input type="checkbox"/> 排卵日指定 <input type="checkbox"/> その他 ()									<input type="checkbox"/> その他 ()
【今回の妊娠について】当てはまるものに全てにチェックをお願いします。									【妊婦の現在の病気】 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 (<input type="checkbox"/> ODD・ <input type="checkbox"/> OMD・ <input type="checkbox"/> OMM・ <input type="checkbox"/> vanishing twin)									<input type="checkbox"/> 子宮筋腫
<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発 <input type="checkbox"/> AIH									<input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 (病名)
<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> 男性因子 (有・無・不明)									<input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 (病名)
IVFもしくはICSIの場合、当てはまるものにチェックをお願いします。									<input type="checkbox"/> 血液疾患 (病名)
<input type="checkbox"/> 新鮮胚 / <input type="checkbox"/> 凍結胚									その他、特記すべき合併症や既往歴など
<input type="checkbox"/> 初期胚移植 / <input type="checkbox"/> 胚盤胞移植									()
採卵時母体年齢 () 歳 () カ月									()
【胎児の異常所見】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()									()
【妊娠歴】 出産 () 回 自然流産 () 回 人工流産 () 回									
上記患者様の NIPT の受診を紹介します。									
医療機関情報	病院名								
(ゴム印可)	住所								
	電話番号								
	医師名								

- ①受診日が決まりましたら、医療機関様より、042-314-3199 まで FAX をお願いします。
- ②紹介状原本は受診当日、患者様にお持ちいただきますようお願いいたします。

榊原記念病院医療連携室 電話番号：042-314-3142(平日9-17時)