

婦人科遺伝外来 母体血胎児染色体検査 (NIPT) 専用紹介状 (診療情報提供書)

紹介先医療機関・診療科

京都府立医科大学 産婦人科

婦人科遺伝外来

紹介元医療機関

住 所:

医療機関名:

診療科名:

紹介医師名:

電話番号:

下記妊婦が母体血胎児染色体検査を希望しておりますので、紹介致します。

患者氏名 (ふりがな) :

生年月日: 西暦 年 月 日 (歳)

緊急時連絡先 (携帯など) :

患者情報 (以下は必須項目です)

妊娠週数: 妊娠 週 日 (月 日現在)

単胎 双胎

出産予定日: 年 月 日

検査希望理由 (該当する項目にチェックをお願いします)

高年妊娠 超音波所見 ()

13トリソミー・18トリソミー・21トリソミー児の妊娠・出産既往

染色体数異常の家族歴

年齢にかかわらず、胎児の染色体数異常に対する不安のため検査を希望している

その他 ()

本用紙に必要な事項を記入の上、地域連携室 FAX...075-251-5241/075-251-5289まで『事前診察申込書様式 京都府立医科大学附属病院 地域医療連携室 行』と一緒に送りいただき、婦人科遺伝外来をご予約ください。

本用紙を妊婦さんにお渡しいただき、受診時は本用紙および『NIPT 事前チェックリスト』を持参いただきますようお願い申し上げます。