

紹介状（診療情報提供書）

母体血胎児染色体検査（NIPT 検査）専用

紹介先医療機関・診療科
岡山大学病院 産科婦人科
遺伝カウンセリング外来

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：昭和・平成 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）

出産予定日：平成 年 月 日

凍結胚による妊娠の場合の採卵日：平成 年 月 日（ 歳）（ ）か月時

妊娠初期 CRL： mm, 胎児心拍：+ ・ -（ 月 日現在）

家族歴・既往歴：なし ・ あり（詳細： ）

検査の適応（該当欄にチェック願います）：

- 高齢妊娠（出産予定日が 35 歳以上）
- 13 トリソミー, 18 トリソミー, 21 トリソミーの染色体異常児の出産既往がある
- 胎児が染色体異常症を罹患している可能性が高い

以下に該当する場合には羊水検査などの侵襲的検査を推奨致します

- 明らかな胎児異常があるもの
- 両親のいずれかが転座などの染色体異常症の保因者である

本用紙に記入の上、初診予約担当 FAX 086-235-6761 まで『FAX 診療予約申込書 岡山大学病院【医科】』と一緒に送っていただき、遺伝カウンセリング外来をご予約ください。なお、FAX 予約取得可能時間は、当日 16:00 までになり、それ以降については翌日のお返事になります。（FAX 受付時間は 24 時間対応）検査の希望が多い場合は先着順となります。

また、診療についての問い合わせは、TEL 086-235-7320 をお願いします。