

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。

患者指名（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：令和 年 月 日

凍結胚による妊娠の場合の採卵日：平成・令和 年 月 日（ 歳）（ ）ヶ月時

妊娠回数（今回含む）： 妊 産

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、地域医療連携室 FAX 086-235-6761まで『FAX診療申込書 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 にお願ひします。