

めぐみクリニック診療情報提供書 -NIPT専用-

下記の妊婦がNIPT検査を検討しておりますので、よろしくお願ひいたします。

めぐみクリニック受診歴(有 / 無)

年 月 日

下記は必要な情報となっております。
多項目にわたり大変お手数をおかけいたしますが、
ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

紹介医療機関名	印
所在地	
TEL	
FAX	
医師氏名	

フリガナ		生年月日 西暦 年 月 日 (歳)			
妊婦氏名	様 (旧姓)	電話番号	()	自宅・勤務先	
住所	〒	携帯番号	-	-	

妊婦情報(すべて必ずご記入ください)

分娩予定日 : 西暦 年 月 日

妊娠週数 : 妊娠 週 日【西暦 年 月 日現在】

多胎妊娠 : 1. 単胎 2. 双胎(1.DD 2.MD 3.MM 4. Vanishing Twin)

妊娠週数算出方法 : 最終月経 超音波 体外受精周期 排卵日指定 決定方法未確認

妊娠初期 CRL : mm 胎児心拍 : (+) · (-) 【 月 日現在】

妊娠歴 G : P : A :

今回の妊娠 第 子 自然妊娠 生殖補助医療(下記に詳細を記入ください)

採卵時母体年齢 歳

IVF ICSI 初期胚移植 胚盤胞移植

既往歴 : なし・あり(詳細)

妊娠中治療薬 : なし・ヘパリン・低用量アスピリン・ステロイド・その他(

妊婦血液型 RhD 陽性 陰性 不明 妊婦身長 cm 妊婦体重(現在) kg

検査の適応:(いずれかに□をお願いします)

高齢妊娠(分娩予定日に35歳以上) *体外受精や顕微授精による妊娠では、採卵時の母体年齢を基準とする

過去に13トリソミー、18トリソミー、21トリソミー児を妊娠・分娩したことがある

超音波検査、母体血清マーカー検査などの結果、上記3種類の染色体異常を疑う【NT肥厚 有 (mm) 無 】

ご夫婦のいずれかがロバートソン転座(21/13染色体など)を指摘されている。

上記4つのいずれにも該当しないが、30歳以上の方でご夫婦がNIPTを希望されている。

上記に当てはまつても、次のケースは適応になりませんのでご注意ください

●胎児形態異常がすでに診断されている *転座を含めて診断可能な羊水・绒毛染色体検査を推奨

●本人または配偶者のいずれかが均衡型転座保因者である

*ただし、13/18/21番染色体に関連する転座では本検査の対象になる場合がある

●双胎あるいは、それ以上の多胎妊娠である

申し込み事項

FAX等で事前にご送付いただく必要はありません。妊婦様にお渡しください。

*紹介状は、妊婦様本人が持参いたします