

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、よろしくお願いいたします。 年 月 日

金沢大学附属病院 遺伝診療外来

金沢大学附属病院受診歴(有/無)

*有の場合
診察券番号

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、
よろしくお願いいたします。

検査の希望が多い場合には先着順となり、予約をお受けできない
ことがあります。

紹介医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師氏名
印

フリガナ			
妊婦氏名	様 (旧姓)	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒	電話番号	() 自宅・勤務先
		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、ご夫婦がNIPTを希望されている。

上記に当てはまっても、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・絨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

申し送り事項

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