

NIPT外来 診療予約申込書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名：長崎医療センター 産婦人科 NIPT外来

紹介元医療機関名	電話番号：	
	FAX：	
	紹介医師名：	

下記のとおり、妊婦本人様をご紹介します。

フリガナ		性別	生年月日	
本人氏名		女性	年 月 日生（ 歳）	
住所	〒 ー		電話 番号	
受診希望日（妊娠13週2日まで、原則金曜午後）				
第1希望	令和 年 月 日（ 曜日）	妊娠 週 日時点		
第2希望	令和 年 月 日（ 曜日）	妊娠 週 日時点		
妊娠歴	妊 産、 自然流産 回、 人工妊娠中絶 回			
分娩予定日	令和 年 月 日（ ☐ LMP起算 ☐ CRL起算 ☐ 胚移植日起算）			
妊娠週数	妊娠 週 日			
CRL	mm		（ 月 日 現在）	
胎児心拍	（+）・（-）			
妊娠方法	☐ 自然妊娠 ☐ 排卵誘発 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精			
	☐ その他（ ）			
	※採卵日： 年 月 日、胚移植日： 年 月 日			
	☐ 単胎妊娠			
	☐ 多胎妊娠（ ☐ DD双胎 ☐ MD双胎 ☐ MM双胎 ☐ 他（ ））			
本人既往歴	☐ なし ☐ あり（ ☐ 染色体異常 ☐ 遺伝性疾患 ☐ その他（ ））			
家族歴	☐ なし ☐ あり（ ☐ 染色体異常 ☐ 遺伝性疾患 ☐ その他（ ））			
紹介理由	☐ 高年妊娠による胎児染色体異常への漠然とした不安			
	☐ 染色体異常をもつ児の妊娠・出産歴がある			
	☐ 夫婦（両親）のいずれかが染色体均衡型転座を有している （核型など詳細： ）			
	☐ 胎児の染色体異常が疑われる所見を認めている （詳細： ）			
	☐ その他（詳細 ）			

長崎医療センター 地域連携室 〒856-8562 長崎県大村市久原2丁目1001-1	TEL: 0120-731-062 ・ FAX: 0120-731-063 予約受付：平日（月～金曜日）8：30～17：00 ※16:30以降に届いた分は翌日扱いになります。
---	--

本用紙をご記入の上、FAXで当院地域連携室までお送りいただき、NIPT外来のご予約をお申込みください。

予約に関するご不明な点がある際には、産婦人科 菅までご連絡ください。