

診療情報提供書

紹介先医療機関

国家公務員共済組合連合会立川病院

産科遺伝カウンセリング外来

紹介元医療機関の 住所：
所在地および名称 医療機関名：
診療科名：
紹介医氏名：
電話番号：

下記の患者様が NIPT を希望しておりますので紹介します。

患者氏名：

身長： cm 体重： kg

生年月日： 年 月 日 (歳)

電話番号：

患者情報

出産予定日：西暦 年 月 日

胎児数：単胎 双胎 (MM 双胎、MD 双胎、DD 双胎)

妊娠初期における子宮内 1 児死亡の有無： あり ・ なし

妊娠週数：妊娠 週 日 (月 日 現在)

超音波検査 (月 日 現在)

: CRL = mm (週 日 相当) 胎児心拍 (+) ・ (-)

妊娠歴：経妊回数 (回) 経産回数 (回) 流産回数 (回)

妊娠方法：自然妊娠 人工授精 体外受精 顕微授精

凍結胚移植による妊娠の場合 採卵日： 年 月 日 (歳 カ月時)

家族歴：あり・なし

既往歴：あり・なし

ありの場合詳記：

ヘパリンの自己注射を行っている場合：受診当日は打たないで受診するように指導済です。