

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

遺伝診療科 NIPT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。