

診療情報提供書

東京女子医科大学
ゲノム診療科 担当医 殿
認定遺伝カウンセラー 殿

紹介元医療機関
住所：〒 _____ _____
医療機関名： _____
診療科名： _____
紹介医氏名： _____
電話番号： _____ (_____) _____

下記妊婦さんが、非侵襲的出生前遺伝学的検査を希望しておりますので紹介致します。

患者氏名： _____
生年月日： _____年 _____月 _____日 (_____) 歳

診療情報
分娩予定日： _____年 _____月 _____日
凍結胚移植の場合の採卵時点の期日および年齢： _____年 _____月 _____日 (_____) 歳
妊娠週数： 妊娠 _____ 週 _____ 日 (_____ 月 _____ 日現在)
超音波検査： _____ 月 _____ 日時点でのCRL = _____ mm、胎児心拍 (+)・(-)
家族歴・既往歴： なし・あり (詳細： _____)
妊娠歴： なし・あり _____ 回 (詳細： _____)
分娩歴： なし・あり _____ 回 (詳細： _____)

検査適応
(該当する部分の口に✓でチェックして下さい)
<input type="checkbox"/> 胎児が染色体異常 (13トリソミー、18トリソミー、21トリソミー) のいずれかに罹患している可能性が高いと推測される
その根拠： _____
<input type="checkbox"/> 染色体異常児の出産既往 (<input type="checkbox"/> 13トリソミー、 <input type="checkbox"/> 18トリソミー、 <input type="checkbox"/> 21トリソミー)
<input type="checkbox"/> 高齢妊娠 (出産予定日時点で35歳以上)
凍結胚移植の場合、採卵時年齢が34歳2か月以上