**紹介状(診療情報提供書)**

**NIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）専用**

紹介先医療機関・診療科

福山医療センター　産婦人科

出生前カウンセリング外来

紹介元医療機関

住所：

医療機関名：

診療科名：

紹介医師名：

電話番号：

下記妊婦がNIPT(非侵襲性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。

患者名(ふりなが)：

生年月日：昭和・平成　　　　年　　　月　　　　日(　　 歳)

緊急時連絡先(携帯等)

患者情報(以下は必須項目です)

妊娠週数：妊娠　　　週　　日(　　 月　　日現在)

出産予定日：令和　　　年　　　月　　　日　　凍結胚による妊娠の場合は採卵時の年齢( 　歳)

妊娠回数(今回含む)：　　　妊　　　産

家族歴・既往歴：なし・あり(詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

検査の適応(該当欄にチェック願います)

* 高年齢の妊婦(出産予定日が35歳以上)
* 13トリソミー、18トリソミー、21トリソミーの染色体数的異常時の出産既往がある。
* 胎児が染色体数的異常を罹患している可能性が高い
* 年齢に関わらず、胎児の染色体数的異常に対する不安が解消されない

以下に該当する場合には羊水検査等の侵襲的検査を推奨致します

* 明らかな胎児異常があるもの
* 両親のいずれかが転座などの染色体異常症の保因者である

本用紙に記入の上、地域医療連携課　FAX　084-922-2411までに紹介患者事前申し込み用紙と一緒に

お送りいただき、出生前カウンセリング外来をご予約ください。

また診療に対するお問い合わせはTEL 084-922-0001にお願いします。