

紹介状（診療情報提供書）
母体血を用いた出生前遺伝学的検査（NIPT）専用

紹介先医療機関・診療科

愛媛大学医学部・臨床遺伝医療部
遺伝カウンセリング外来（NIPT）

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：

NIPTを希望している妊婦の詳細です。よろしくお願いたします。

患者氏名：

生年月日： 昭和・平成 年 月 日 （ 歳）

妊娠週数： 妊娠 週 日 （ 月 日 現在）

出産予定日： 令和 年 月 日

妊娠分娩歴： G P

今回妊娠方法： 自然 排卵誘発薬使用 AIH IVF-ET（新鮮・凍結） ICSI（新鮮・凍結） 胚盤胞

凍結胚を用いた妊娠の場合の採卵日： 昭和・平成・令和 年 月 日 （ 歳 月）

超音波所見： CRL mm、胎児心拍：+・-（ 月 日 現在）

単胎・双胎（DD MD MM）

家族歴・既往歴： なし・あり（ ）

身長：（ ）cm、体重：（ ）kg

合併症： なし・あり（ ）

現在内服薬： なし ヘパリン アスピリン ステロイド その他（ ）

検査の適応

- 高齢妊娠（出産予定日が35歳以上）
- 21・18・13 トリソミーの染色体異常児の出産既往がある
- 児が染色体異常を罹患している可能性が高い
（ 詳細 ）

以下の項目に該当される妊婦さんには、羊水穿刺などの侵襲的検査をお勧めします。

- 明らかな胎児奇形があるもの
- 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

検査の希望が多い場合には先着順となります。

本用紙に記入の上、FAXで089-960-5959までお送りください。その上で当大学の総合診療サポートセンターにお電話をいただき（089-960-5322）、遺伝カウンセリング外来（NIPT）をご予約ください。