

日本赤十字社和歌山医療センター 予約センター 宛

TEL : 0120-936-385 FAX : 0120-937-510

受付時間：平日の午前9時～午後7時

母体血を用いた出生前遺伝学的検査(NIPIT)専用 予約申込書兼診療情報提供書

申込日 年 月 日

診療科名	産婦人科		紹介元 医療機関名			
	周産期遺伝カウンセリング外来					
第1希望	月	日(水・金)	医師名			
第2希望	月	日(水・金)	住所			
*パートナーの方も一緒にお越し下さい。			(TEL) (FAX)			
患者様情報	本センター受診歴	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 不明				
	患者ID番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (本センター患者ID番号がわかればご記入下さい)				
	フリガナ		男	M・T	年 月 日生	
	氏名		女	S・H R		
	住所	〒 -				
		自宅：()	-	携帯：	-	-
		FAX：()	-			
	分娩予定日	平成 年 月 日 (凍結胚を用いた妊娠の場合)採卵日：平成 年 月 日(歳 ヶ月)				
	妊娠週数	妊娠 週 日(月 日現在)				
	超音波所見	CRL： mm (月 日現在) → 週 日相当				
	検査の適応 (該当箇所に チェックをお願い します。)	<input type="checkbox"/> 高齢妊娠(分娩予定日に35歳以上)				
		<input type="checkbox"/> 染色体異常児(13, 18, 21トリソミー)の妊娠・分娩既往がある				
		<input type="checkbox"/> 胎児が染色体異常を罹患している可能性が高い				
<input type="checkbox"/> 両親のいずれかに13, 18, 21番の染色体が関与する転座などがある						
以下の項目に該当される妊婦さんには、転座を含めて診断可能な羊水検査などの検査をお勧めします。						
<input type="checkbox"/> 胎児に超音波検査で明らかに形態異常が指摘されている						
<input type="checkbox"/> 両親のいずれかが転座などの染色体異常の保因者である						
その他 (症状・病名等)						

*申込みは、希望日前日(月曜日の場合は前週末)の午後7時までをお願いします。

*医師確認の上、予約日時を決定いたします。そのため予約の決定には数日かかる場合がございます。

*受付時間外のFAXは、翌日以降の対応となりますのでご了承下さい。

*患者さんが検査の対象にあたらぬ場合はお断りさせていただきますのであらかじめご了承ください。

*該当患者さんであっても、検査依頼が多数の場合は先着順の対応となりお断りする場合がございます。

*検査についてご不明な点がございましたら「産婦人科外来」までお問い合わせ下さい。