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：平日午前９時～午後７時　　土曜午前９時～午後１時

出生前遺伝学的検査専用予約申込書

申込日　　年　　月　　日

診療科名	産婦人科 周産期遺伝カウンセリング外来	紹介元 医療機関名	
ご希望の検査	□初期コンバインド検査　□ＮＩＰＴ □その他（　　）	医師名	
第１希望	月　　日（　水　・　金　）		
第２希望	月　　日（　水　・　金　）	住所 （ＴＥＬ） （ＦＡＸ）	
＊初期コンバインド検査ご希望の方は、 水曜日のみの予約となります。 ＊パートナーの方もご一緒にお越し下さい。			

患者様情報					
	本センター受診歴	□ ある ・　□ ない ・　□ 不 明			
	患者 ID 番号	□□□□□-□□（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・女	S・H・R	年　月　日生
	氏名				
	住所	〒　　－			
		自宅　：（　　）　－　　携帯：　　－　　－			
		ＦＡＸ：（　　）　－			
	分娩予定日	令和　　年　　月　　日			
		（凍結胚を用いた妊娠の場合）採卵日：令和　　年　　月　　日（　　歳　　ヵ月）			
	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			
	ＮＩＰＴの適応（該当箇所にチェックをお願いします）	□高齢妊娠（分娩予定日に３５歳以上）			
		□染色体異常児（１３,１８,２１トリソミー）の妊娠・分娩既往がある			
		□胎児が染色体異常を罹患している可能性が高い			
		□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。				
	□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				
	□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）				

＊申し込みは、希望日前日（月曜日の場合は前週末）までにお願いします。
＊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ない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下さい。
＊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。