診療情報提供書　―NIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）専用－

福井県立病院

遺伝診療科・小児科・産婦人科外来　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

下記は必要な情報となっております。

多項目にわたり大変お手数をおかけしますが、ご協力のほど、よろしくお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日　西暦　　年　月　日 |
| 妊婦氏名 |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号　　　　（　　　　　）　　　　　自宅・勤務先携帯番号　　　　-　　　　　- |

|  |
| --- |
| **妊婦情報（可能な範囲で必ずご記入ください）** |
| 分娩予定日：　　　年　　月　　日 |
| 妊娠週数：　　週　　日【西暦　　　　年　　月　　日現在】多胎妊娠：□単胎　□双胎（□MM双胎、□MD双胎、□DD双胎）□その他多胎（　　　　　）分娩予定日決定方法：□最終月経　□超音波(CRL)　□排卵日　□体外受精周期　□決定方法不明 |
| 妊娠歴:　妊娠（今回の妊娠含む）　　回、　自然流産　　回、　人工流産　　回、　　出産　　回□自然妊娠 　□人工受精（AIH）　□生殖補助医療《下記に詳細を記入してください》採卵時母体年齢　　歳□体外受精（IVF）　□顕微受精（ICSI）　□初期胚移植　□胚盤胞移植 |
| 先天性疾患の家族歴、染色体疾患罹患児の妊娠歴□なし　□あり（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 合併症、既往歴：□なし　□あり（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 妊娠中治療薬：なし・ヘパリン・低用量アスピリン・ステロイド・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 妊婦の血液型（できればその他の初期採血結果も添付下さい）　　　　　　型　Rh（□＋、□－、□不明） |
| 妊婦本人及びパートナーの喫煙歴妊婦　　　　　□なし　□10本/日未満　□10本/日以上パートナー　　□なし　□10本/日未満　□10本/日以上 |
| 申し送り事項 |
|  |

本状は紹介状に添付頂きますようお願い致します。