

診療情報提供書 ーNIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）専用ー

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 - -

<b>妊婦情報（可能な範囲で必ずご記入ください）</b>	
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：	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎（ <input type="checkbox"/> MM 双胎、 <input type="checkbox"/> MD 双胎、 <input type="checkbox"/> DD 双胎） <input type="checkbox"/> その他多胎（ ）
分娩予定日決定方法：	<input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> 超音波(CRL) <input type="checkbox"/> 排卵日 <input type="checkbox"/> 体外受精周期 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工受精（AIH） <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 体外受精（IVF） <input type="checkbox"/> 顕微受精（ICSI） <input type="checkbox"/> 初期胚移植 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（詳細 ）
合併症、既往歴：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> +、 <input type="checkbox"/> -、 <input type="checkbox"/> 不明）
妊婦本人及びパートナーの喫煙歴	妊婦 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 10本/日未満 <input type="checkbox"/> 10本/日以上 パートナー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 10本/日未満 <input type="checkbox"/> 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。