

診療情報提供書 (NIPT紹介状)

紹介先医療機関・診療科

町田市民病院 産婦人科
NIPT 遺伝相談外来

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

下記の妊婦が出生前検査を希望しておりますので紹介します。

(ふりがな)
患者氏名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg
生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳
電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

受診者情報(以下は必須項目です)

出産予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
妊娠週数 妊娠 _____ 週 _____ 日 (_____ 月 _____ 日 現在)
超音波検査 CRL _____ mm 胎児心拍 (+) ・ (-) (_____ 月 _____ 日 現在)
妊娠歴 出産 _____ 回 自然流産 _____ 回 人工流産 _____ 回
妊娠方法 自然妊娠 人工授精 体外受精 顕微授精
凍結胚による妊娠の場合の採卵日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

その他の受診者情報(可能な限りチェックまたは記入してください)

夫(パートナー)年齢 _____ 歳
妊婦の現在の病気
 子宮筋腫 卵巣腫瘍 その他 自己免疫疾患
妊婦の現在の使用中薬剤
 なし アスピリン ステロイド ヘパリン (製品名 _____)
その他 特記すべき合併症や既往症など
