

# 紹介受診者票

(紹介医 → M. C. R)

\* M. C. R FAX (0532) 33-3037

豊橋市民病院

令和 年 月 日

産婦人科 遺伝相談外来 御中

## ア. 担当医

担当医 \_\_\_\_\_ 先生希望 医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医は病院の診療体制にゆだねる 医師名 \_\_\_\_\_

イ. 診察希望日 電話 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日希望 FAX \_\_\_\_\_

診察日は病院の診療体制にゆだねる 登録の状況  登録医である  登録医でない

できる限り早い日程を希望 (理由: \_\_\_\_\_)

フリガナ		男	住所
氏名		女	
生年月日	T・S・H・R _____ 年 ____ 月 ____ 日	TEL	_____ - _____ - _____

当院受診歴・有 (ID: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月頃 \_\_\_\_\_ 科 ・無 ・不明

### 1. 高度医療機器利用申し込み

(登録医の記載欄)

(非登録医の記載欄)

CT     MRI     RI

心臓エコー     頚動脈エコー     PET-CT

★部位記入欄【 \_\_\_\_\_ 】

胃内視鏡     骨塩定量測定     脳波

CT     MRI     RI

PET-CT

★部位記入欄【 \_\_\_\_\_ 】

胃内視鏡     脳波

### 2. がん地域連携パス申し込み (登録医・非登録医共通)

定期受診

臨時受診    理由:     発熱、白血球減少     下痢     腹痛     呼吸困難、操作

全身状態悪化     その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 3. 緩和ケア外来申し込み (登録医・非登録医共通)

身体的痛み     精神的痛み

### 4. 診断名(疑い)、症状、検査目的を簡単にご記入ください (登録医・非登録医共通)

母体血出生前遺伝学的検査 (NIPT) 希望

### 5. 保険証等コピー添付欄 (登録医・非登録医共通) (添付しきれない場合は、別紙にて送付ください)

(登録医のみお答えください)  
※本患者さんが入院となった場合は、開放型病床の利用を希望     する     しない     どちらでもよい

# 検査申込書 兼 診療情報提供書

(母体血出生前遺伝学的検査 (NIPT) ・ 検査陽性 ・ 判定保留申し込み共通)

下記の妊婦さんが、貴院における NIPT を希望しておりますので紹介します。

医療機関名

医師名

## ■ 妊婦情報

患者氏名

生年月日 西暦 年 月 日

分娩予定日 西暦 年 月 日 【 最終月経  CRL  ART治療周期 より算出】

※週数 ( 月 日 時点) 週 日

凍結胚で妊娠の場合は 採卵日 西暦 年 月 日

単胎  DD双胎  MD双胎  MM双胎  vanishing twin

妊娠歴 妊 産 自然流産 回 帝王切開 回

身長 cm kg (現在)

合併症  なし  あり (ありの場合は記載) ( )

子宮筋腫  なし  あり (ありの場合は最大径) ( cm)

## ■ 検査の適応

- 高年齢の妊婦
- 母体血清マーカー検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された妊婦
- 染色体数的異常 下記を有する児を妊娠した既往のある妊婦 (21トリソミー 18トリソミー 13トリソミー)
- 両親のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有していて、胎児が13トリソミー または21トリソミー となる可能性が示唆される妊婦
- 胎児超音波検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された妊婦
- 胎児の染色体数的異常に対する不安が解消されない妊婦

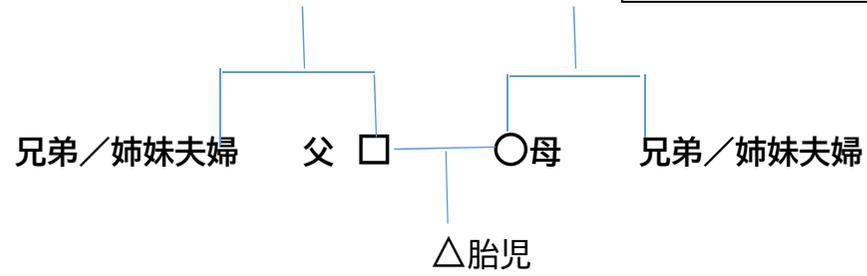
## ■ その他所見

ID: —

名前: 20 年 月 日

遺伝家系図

見本



◎胎児の両親・祖父母・叔父/叔母の子供等の  
家系図を作成し遺伝に関わる病気の有無を

**鉛筆で濃くしっかり**記入して下さい