

# 医療情報提供書 -NIPT検査専用-

下記の妊婦がNIPT検査を検討しておりますので、よろしくお願いいたします。

年 月 日

金沢医科大学病院 ・ 産科婦人科  
NIPT外来

金沢医科大学病院受診歴(有/無)

\*有の場合 科, 年 月頃

下記はNIPTコンソーシアムで必要な情報となっており、この情報はご本人の同意の下、研究に利用されております。多項目にわたり大変お手数をおかけいたしますが、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

検査の希望が多い場合には先着順となり、予約をお受けできないことがあります。

紹介医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師氏名
印

フリガナ		生年月日	西暦
患者氏名	様 (旧姓)		年 月 日 ( 歳)
住所	〒	電話番号	( ) 自宅・勤務先
		携帯番号	- -

## 患者情報(すべて必ずご記入ください)

分娩予定日：西暦 年 月 日

妊娠週数：妊娠 週 日 【 月 日現在】

### 妊娠週数算出方法

- 体外受精周期  
 最終月経  
 超音波  
 排卵日指定  
 決定方法未確認

妊娠初期CRL： mm ; 胎児心拍： (+)・(-) 【 月 日現在】

妊娠歴 G： P： A： 今回の妊娠：第 子(自然・その他：)

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(

身長 cm 体重(現在) kg

## 検査の適応：(いずれかに☑をお願いします)

- 高齢妊娠(分娩予定日に35歳以上) \*体外受精や顕微授精による妊娠では、採卵時の母体年齢を基準とする  
 過去に13トリソミー、18トリソミー、21トリソミー児を妊娠・分娩したことがある  
 超音波検査、母体血清マーカー検査などの結果、上記3種類の染色体異常を疑う

上記に当てはまっても、次のケースは適応になりませんのでご注意ください

- 胎児形態異常がすでに診断されている \*転座を含めて診断可能な羊水・絨毛染色体検査を推奨
- 本人または配偶者のいずれかが均衡型転座保因者である  
\*ただし、13/18/21番染色体に関連する転座では本検査の対象になる場合がある
- 双胎あるいは、それ以上の多胎妊娠である

ご記載後、FAX送信をお願いします。FAX:0120-076-286 (地域医療連携事務課)

\*紹介状は、本人が持参いたします。