

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)

検査理由(1箇所異常チェックしてください)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.高齢妊娠 | <input type="checkbox"/> 2.血清生科学的スクリーニング |
| <input type="checkbox"/> 3.超音波所見 | <input type="checkbox"/> 4.家族歴 |
| <input type="checkbox"/> 5.その他 (_____) | |

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)

妊婦の現在の病気(問診情報)

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 |
|-----------------------------|-------------------------------|

妊婦の現在の使用中薬剤

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> ヘパリン (製品名 _____) |
|-----------------------------|---|