

紹介状（診療情報提供書）

母体血を用いた出生前遺伝学的検査（NIPT）専用

紹介先医療機関・診療科

愛媛大学医学部・臨床遺伝医療部

遺伝カウンセリング外来（NIPT）

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：

NIPTを希望している妊婦の詳細です。よろしくお願いたします。

患者氏名：

生年月日： 昭和・平成 年 月 （ 歳）

妊娠週数： 妊娠 週 日（ 月 日現在）

出産予定日： 平成 年 月 日

凍結胚を用いた妊娠の場合の採卵日：昭和・平成 年 月 日（ 歳 月 ）

超音波所見：CRL mm, 胎児心拍：+ ・ - （ 月 日現）

家族歴・既往症： なし ・ あり （ ）

検査の適応

- 高齢妊娠（出産予定日が35歳以上）
- 21・18・13トリソミーの染色体異常児の出産既往がある
- 児が染色体異常を罹患している可能性が高い

以下の項目に該当される妊婦さんには、羊水穿刺などの侵襲的検査をお勧めします。

- 明らかな胎児奇形があるもの
- 両親のいずれかが転座などの染色体異常症の保因者である

検査の希望が多い場合には先着順となります。

本用紙に記入の上、FAXで089-960-5959までお送りください。その上で当大学の総合診療サポートセンターにお電話をいただき（089-960-5322）、遺伝カウンセリング外来（NIPT）をご予約ください。