

紹介状（診療情報提供書）

—母体血胎児染色体検査専用—

紹介先医療機関・診療科
山口県立総合医療センター産婦人科
遺伝カウンセリング外来

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：

下記妊婦が母体血よりの胎児染色体検査を希望しておりますので、紹介致します。

患者氏名（ふりがな）：

生年月日：昭和・平成 年（西暦 年） 月 日（ 歳）

緊急時連絡先（携帯など）

患者情報（以下は必須です）：

分娩予定日：令和 年 月 日

妊娠週数：妊娠 週 日（ 月 日現在）

妊娠初期CRL： mm（令和 年 月 日）、胎児心拍：（+）・（-）

妊娠歴（今回を除く）：経妊 回、分娩 回

家族歴・既往歴：なし・あり（詳細： ）

身長 cm、 体重（現在） kg

検査の適応：

- 高年齢妊娠
- 21トリソミー、18トリソミー、13トリソミーの染色体異常児の妊娠既往がある
- 児が染色体異常症を罹患している可能性が高い
- 年齢に関わらず、胎児の染色体異常に対する不安が解消されない妊婦

適応除外（以下に該当する場合には羊水検査などの侵襲検査を推奨いたします）：

- 胎児異常（奇形など）が証明されている
- 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

検査依頼方法：遺伝カウンセリング外来のご予約をお願い致します。検査の希望者が多い場合には、先着順での受付となります。本用紙に記入の上、FAXで0835-22-5184までお送り下さい。

当院地域医療連携室から予約日につきましてご連絡を申し上げます。