

紹介状（診療情報提供書）

<出生前遺伝カウンセリング外来>

濱口産婦人科クリニック

院長 田中浩正

紹介元医療機関：\_\_\_\_\_

紹介医師名：\_\_\_\_\_

住所

電話番号 \_\_\_\_\_

下記妊婦が、出生前検査（NIPT：非侵襲性出生前遺伝学的検査）を希望しておりますので紹介いたします。

（ふりがな）

氏名：\_\_\_\_\_

生年月日：昭和・平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

連絡先（携帯電話）：\_\_\_\_\_

身長：\_\_\_\_\_cm 体重：\_\_\_\_\_kg

分娩予定日（西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日）

予定日の決定方法

- ☐ 最終月経開始日（西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日）  
☐ 推定排卵日（西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日）  
☐ 超音波計測（西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 CRL 値：\_\_\_\_\_mm）  
☐ 体外受精日（☐ 自己卵子利用 ☐ 提供卵子利用）  
採卵時の年齢 \_\_\_\_歳 \_\_\_\_ヵ月

妊娠歴：妊娠回数 \_\_\_\_回（今回を含める） 出産回数 \_\_\_\_回 流産回数 \_\_\_\_回

家族歴・既往歴