

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 _____ カ月

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