

FAX送信先: 0952-34-2071 (佐賀大学医学部附属病院 メディカルサポートセンター)

お手数ではございますが、FAX送信後に到着確認のお電話をお願いいたします (TEL 0952-34-3482)

非侵襲性出生前遺伝学的検査 (NIPT) 専用 診療情報提供書

紹介元医療機関 医療機関名
住所
電話番号
診療科名
紹介元医師名

(フリガナ)

患者氏名 G () P ()

生年月日 年 月 日

住所

電話番号

分娩予定日 年 月 日

分娩予定日決定法 ☐最終月経 ☐CRL ☐BPD ☐体外受精周期 ☐排卵日

胎児の数 ☐単胎 ☐双胎 (☐DD ☐MD ☐MM ☐vanishing twin

妊娠週数 週 日 (月 日時点)

検査の適応 (いずれかを☒してください)

☐高年齢妊婦

☐母体血清マーカー検査異常 (詳細)

☐染色体数的異常を有する児を妊娠した既往のある妊婦

☐両親のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有していて、胎児が13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性が示唆される妊婦

☐胎児超音波検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された妊婦

☐その他 ()

妊婦さんに以下説明していただき、✓をお願いします。

☐検査前後のカウンセリングにはご夫婦で来院してください

☐検査前のカウンセリングは1時間11,000円(税込)となります

☐検査とその後のカウンセリングを含めて121,500円(税込)となります