

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

患者氏名 (フリガナ) _____ 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