

診療情報提供書(紹介状)

■申込日 年 月 日

■紹介元医療機関

医療機関名		電話番号	
診療科名		FAX番号	
医師名			

下記の患者が非侵襲的出生前遺伝学的検査(母体血を用いた出生前診断)を希望していますので、紹介いたします。

■患者情報 (以下は必須項目です)

フリガナ		生年月日	西暦で記入してください	
患者氏名		年 月 日	年	月 日 (歳)
慶應病院 受診歴	有 ・ 無	電話(自宅)	—	—
		(携帯)	—	—
出産予定日(西暦)	年 月 日			
凍結胚による妊娠の場合の採卵日	年 月 日 ()歳 ()ヶ月時			
妊娠週数	妊娠 週 日 (月 日 現在)			
胎児心拍	(+)・(-) (月 日 現在)			
家族歴・既往症	なし ・ あり(詳細)			
身長・体重	cm ・ kg			

■検査希望理由(該当する項目に☑をお願いします)

- ☐ 高齢妊娠(出産予定日が35歳以上)である。
- ☐ 以前の妊娠・分娩で児が13トリソミー、18トリソミー、21トリソミーであった。
- ☐ 胎児超音波検査で、胎児が13トリソミー、18トリソミー、21トリソミーのいずれかである可能性が高いと指摘された。
- ☐ 両親のいずれかが13番・21番染色体を含む均衡型ロバートソン転座の保因者である。
- ☐ その他(妊娠に対する不安など)

■検査の対象外(卵子提供後妊娠・骨髄移植後)に該当しない ☐ はい ☐ いいえ

* 胎児異常(奇形など)が証明されている方や、両親のいずれかが13番・21番染色体を含むロバートソン転座以外の染色体異常症の保因者には羊水検査を推奨します

★ 予約の手順 ★ 妊娠10週以降から予約受付を開始します

①紹介状作成

かかりつけ医療機関で紹介状をご準備ください。(本フォーマットをご利用いただくと便利です)

②web予約

当院HP「WEB初診予約」に必要情報をご登録ください。患者様ご自身でご入力いただけます。
紹介状宛先「臨床遺伝学センター」
病名・病状「NIPT希望、妊娠週数、出産予定日」の3点をご記入ください。
初診希望日は12-15週でご記入ください。

③確認

当院予約センターより、ご登録いただいた電話番号に確認の電話が入ります。
そちらの電話で予約日時が確定いたします。
確定しましたら、当日当院へご夫婦でご受診ください。

【お問い合わせ先】 慶應義塾大学病院 医療事務室 予約センター 電話:03-3353-1257(ダイヤルイン)

受付時間: 9:00~19:00(平日・土曜日(第2、4、5) 土曜日は17:00まで)

外来休診日: 日曜日・祝日/第1・3土曜日/年末年始(12月30日~1月4日)