

診療情報提供書 (NIPT紹介状)

紹介先医療機関・診療科

町田市民病院 産婦人科

NIPT 遺伝相談外来

紹介元医療機関

住所

医療機関名

診療科名

紹介医師名

電話番号

下記の妊婦が出生前検査を希望しておりますので紹介します。

(ふりがな)

患者氏名

身長 _____ cm

体重 _____ kg

生年月日

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢 _____ 歳

電話番号

携帯電話番号

受診者情報(以下は必須項目です)

出産予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妊娠週数 妊娠 _____ 週 _____ 日 (_____ 月 _____ 日 現在)

検査理由(1箇所異常チェックしてください)

1.高年齢妊娠

2.血清生科学的スクリーニング

3.超音波所見

4.家族歴

5.その他

(

)

その他の受診者情報(可能な限りチェックまたは記入してください)

妊婦の現在の病気(問診情報)

なし

子宮筋腫

妊婦の現在の使用中薬剤

なし

ヘパリン (製品名 _____)