

NIPT 外来 予約申込書 (医療機関専用)

医誠会国際総合病院 地域医療連携室 宛 FAX 06-4301-5645

申込日 年 月 日

当院からの返信先	FAX 番号	※追って返信いたします「NIPT 予約表」は貴施設より患者さんにお渡し願います。	
----------	--------	--	--

紹介医療機関	医療機関名			
	紹介医			
	TEL		FAX	

妊婦さんの情報	フリガナ			生年月日		
	患者氏名			TEL	自宅	
					※当院よりご連絡をさせていただく場合があります	携帯
	分娩予定日	年 月 日	※凍結胚による妊娠の場合、採卵時母体年齢 () 歳			
	妊娠週数	妊娠 週 日 (月 日現在) 起算 :				
	多胎妊娠	☐ 単胎 ☐ 双胎 (☐ DD ☐ MD ☐ MM ☐ Vanishing Twin)				
	検査希望理由	※該当する項目に✓をお願いします ☐ 高年妊娠 ☐ 母体血清マーカー陽性 ☐ 超音波所見 ☐ 家族歴 ☐ その他 ()				
希望検査	※妊婦さんが希望される検査がおわかりの場合は✓をお願いします ☐ NIPT ☐ 羊水検査 ☐ 未定 ☐ その他 ()					

受診のご希望	夫婦同伴について	遺伝カウンセリングはご夫婦 (パートナー) 同伴での受診が必要です。 ご夫婦 (パートナー) 同伴で来院可能な日を下記にお知らせください。				
	希望曜日	☐ 水 13:30 ☐ 水 14:30 ☐ 金 13:30 ☐ 金 14:30 11:30 から産婦人科医による診察 (妊婦さんのみでも可能) があります。				
	希望日	※特に指定の希望日がある場合にはお知らせください。 ただし、ご希望に添えない場合もあります。 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日				
	当院受診歴	☐ 無 ☐ 有 (当院診察券番号)				

本書に必要な事項を記入の上、FAX にてお送りください。

予約受付完了後、3 日以内に、遺伝カウンセリング日時を記載した通知 (予約受付票) を FAX にて返信いたしますので、妊婦さんにお渡しいただきますようお願い申し上げます。なお、5 日以上経過しても通知が届かない場合は、遺伝子診療部までお電話にてご連絡ください。

問い合わせ先



医療法人医誠会
医誠会国際総合病院

遺伝子診療部

電話 : 080-2400-8547 (8:30 ~ 17:00)