

# 診療情報提供書

## 【紹介先医療機関】

地方独立行政法人 那覇市立病院  
周産期遺伝カウンセリング外来

記載日： 年 月 日

## 【紹介元の医療機関】

所在地 〒

名称

電話番号

診療科名

紹介医名

印

下記患者様が NIPT を希望しておりますので、紹介します。

患者氏名	ふりがな  (旧姓 ) 生年月日 年 月 日 (年齢 歳)
患者住所	〒  電話番号
患者情報	出産予定日 予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> LMP より <input type="checkbox"/> CRL より <input type="checkbox"/> BPD より <input type="checkbox"/> 排卵日より <input type="checkbox"/> 移植日より
	胎児数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 ( <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DD ) 妊娠初期における子宮内 1 児死亡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	妊娠週数 週 日 (年月日 年 月 日時点) * 当院の NIPT は 10 週 0 日～ 13 週 6 日の受診が必須です
検査所見	超音波所見 CRL mm (年月日 年 月 日時点) * 胎児異常 (NT 肥厚や Cystic hygroma など) がある場合は 当院では検査できません 胎児異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
妊娠情報	妊娠歴 経妊回数 ( 回) 経産回数 ( 回) * 経妊回数は今回の妊娠含む 流産回数 ( 回)
	妊娠方法 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精
家族歴/ 既往歴	家族歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( ありの場合詳細 )
	既往歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( ありの場合詳細 )
その他	内服・注射 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし * ヘパリン使用中は要相談 ( ありの場合詳細 )

問い合わせ先 那覇市立病院 地域医療連携室

TEL 098-884-5134 (直通)

FAX 098-886-5502 (直通)