

紹介状（診療情報提供書）

－羊水検査専用－

紹介先医療機関・診療科

小倉医療センター・遺伝カウンセリング外来

担当医 川上浩介

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：

下記妊婦が羊水検査を希望しておりますので、紹介いたします。

患者氏名（ふりがな）： _____
生年月日：昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）
緊急時連絡先（携帯など）： _____

患者情報（以下は必須項目です）：

身長 _____ cm 体重（現在） _____ kg

分娩予定日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妊娠週数：妊娠 _____ 週 _____ 日【 _____ 月 _____ 日現在】

妊娠初期 CRL： _____ mm；胎児心拍：(+)・(-)【 _____ 月 _____ 日現在】

妊娠歴：妊娠回数（ _____ 回）経産回数（ _____ 回）流産回数（ _____ 回）

妊娠方法：自然妊娠 人工授精 体外受精 顕微授精

凍結胚による妊娠の場合の採卵日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳 _____ ヶ月時）

家族歴・既往歴：なし・あり（詳細： _____）

検査の適応

- 高年妊娠（出産予定日が 35 歳以上）（凍結胚による妊娠の場合、採卵時の年齢が 34 歳 2 ヶ月以上）
- 21 トリソミー、18 トリソミー、13 トリソミーの染色体異常児の出産既往がある
- 超音波異常所見（詳細： _____）
- 母体血清マーカー検査結果
- 胎児異常（奇形など）が証明されている
- 両親のいずれかが転座などの染色体異常症の保因者である
- 上記以外で検査を希望（不安 遺伝性疾患 その他： _____）

検査依頼方法：遺伝カウンセリング外来のご予約をお願い致します。検査の希望者が多い場合には、先着順での受付となります。

当院医療連携室宛に直接電話 093-921-8881 していただき、遺伝カウンセリング外来の予約枠をご確認下さい。

予約が可能であれば本用紙に記入して医療連携室へ FAX093-921-8892 をお願いします。

その他必要な検査結果などあれば受診当日に妊婦さんに持参頂くようにご案内を御願致します。