

診療情報提供書

出生前診断・遺伝相談外来専用（NIPT 含む）

兵庫県立こども病院 予約センター 宛

申し込み日（ 年 月 日 ）

当院への受診歴	有 無	紹介元医療機関名・所在地	
患者 ID		住所	(〒 -)
紹介診療科	産科		
担当医	出生前診断・遺伝相談外来	医療機関名	
第1受診希望日		医師氏名	
第2受診希望日		電話	()
依頼日から	<input type="checkbox"/> 1W <input type="checkbox"/> 2W <input type="checkbox"/> 3W <input type="checkbox"/> 1ヵ月以内	FAX	()

ふりがな		男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日（西暦）	
患者氏名			____年__月__日	____歳__ヶ月
住所	(〒 -) 都道府県 市町村			
自宅電話				

患者情報（以下は必須項目）

【今回の妊娠について】

単体 双胎（MD DD MM Vanishing twin）

分娩予定日：____年__月__日

予定日決定方法：最終月経 CRL（週） 体外受精周期 排卵日指定 その他（ ）

妊娠週数：妊娠 10 週 0 日は__月__日

妊娠 15 週 6 日は__月__日

※申し込みは 9 週を超えてから可能

※予約は基本的に 10 週 0 日から 15 週 6 日の間に
取らせていただきます。

【希望する検査（複数選択可）】

NIPT 羊水検査 クアトロ検査 遺伝カウンセリングのみ

- ・ 希望があれば当日採血が可能です（NIPT、クアトロ検査）。
- ・ 夫やパートナーの来院は必須とはしていません。
- ・ 胎児の形態異常が指摘されている場合などは、当初のご希望とは異なる検査を提案する場合がありますが、話し合いのうえ受検する検査を決定していただきます。
- ・ 検査受検の有無にかかわらず、遺伝カウンセリング費用は必要となります。

申し込み方法：こちらの用紙と紹介状をご記入の上、以下に送信してください。

FAX：078（945）7330（予約センター直通 24 時間受信）

受付時間 9：00～17：00（17：00 以後の受信は翌日受付となります。）