　　　　　　　　　母体胎児染色体検査（NIPT）に対する診療情報提供書

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日　　年齢　　歳

　　経妊　　経産、自然流産　　回、人工流産　　回、その他

胎児や新生児の染色体異常診断　　無　　有

既往歴、使用中の薬剤

アレルギー、家族歴など

最終月経　　　　年　　月　　日より開始

分娩予定日　　　年　　月　　日、（超音波による確認が必要です）

不妊治療　無　有（ 排卵誘発、AIH、IVF-ET、ICSI、FET、その他　　　　　　　　　　　）

超音波所見

　　月　　日（妊娠　　週　　日）GS cm、CRL cm、BPD cm

　　月　　日（妊娠　　週　　日）GS cm、CRL cm、BPD cm

超音波にて胎児異常所見　　無　　有

最後に胎児心拍を確認した日　　　月　　日（妊娠　　週　　日）

NIPTが必要と考えられた理由（番号に〇を付けてください）

* 1. 分娩予定日の年齢が35歳以上である。
  2. 以前の妊娠・分娩で児が13トリソミー、18トリソミー、21トリソミーのいずれと診断されている。
  3. 現在妊娠中胎児が染色体異常のうち13トリソミー、18トリソミー、21トリソミーのいずれかに罹患している可能性を指摘されている。

（具体的に）

その他

日付　　　年　　月　　日　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名