診療情報提供書

紹介先医療機関

東京都立病院機構

東京都立多摩総合医療センター

ゲノム診療科　NIPT外来

紹介元医療機関の　　　　　住所：

所在地および名称　　医療機関名：

　　　　　　　　　　診療科名：

　　　　　　　　　　紹介医氏名：

　　　　　　　　　　電話番号：

下記の患者様がNIPTを希望しておりますので紹介します。

|  |
| --- |
| 患者氏名：  身長：　　　cm 体重： kg  生年月日：昭和・平成　　　年　 　月　　　日（　　歳）  電話番号： |
| 患者情報  出産予定日：令和・西暦　　　年　　　月　　　日  胎児数：単胎　双胎　（MM双胎、MD双胎、DD双胎）  妊娠初期における子宮内1児死亡の有無：　あり　・　なし  妊娠週数：妊娠　　　週　　日　　（　　月　　日　現在）  超音波検査（　　月　　日　現在）  ：CRL＝　　㎜　（　　週　　 日　　相当）　胎児心拍（+）・（－）  妊娠歴：経妊回数（　回）経産回数（　回）　流産回数（　回）  妊娠方法：□自然妊娠　□人工受精　□体外受精　□顕微授精  凍結胚移植による妊娠の場合採卵日：平成・令和　　年　　月　　日（　歳　か月時）  家族歴：あり・なし  既往歴：あり・なし  ありの場合詳記： |