

# ご紹介いただく先生へのご案内

## みやびレディースクリニック 遺伝外来へのご紹介要領

### 【紹介手順】

1. 出生前診断・検査の実施に当たり、遺伝外来で遺伝カウンセリングを行いますので、受診には必ずご予約をお願いします。
2. 遺伝カウンセリングは、分娩予定日の確定と妊娠 7 週の時点で胎児の心拍が確認できていれば 8 週から受けられます。カウンセリングなしでの検査はできません。
3. 当院の NIPT 検査は基本 妊娠 10 週から 14 週末に行います。 <単胎のみ>  
(それ以外の週数は個別にご相談ください)
4. 次のページの「遺伝外来患者情報提供書」にご記入いただき、  
ファクス (FAX : (078) 251-0166) をお願いします。
5. 妊婦さんの状況が複雑な場合や、記載内容がファクスでの送信に適さないような場合は、あらかじめ直接お電話でご相談ください。(TEL : (078) 251-0155)
6. 来院日時を記載した「遺伝外来予約券」、「遺伝外来問診票」を FAX にて返信いたします。
7. 妊婦さんへお渡しいただくもの
  - ①遺伝外来予約券 (受診日時を記載したもの)
  - ②遺伝外来問診票
  - ③妊娠初期検査の結果 (採血やがん検診)



みやびレディースクリニック

兵庫県神戸市中央区磯上通 8-3-10

井門三宮ビル 6 階

電 話 (078) 251-0155

ファクス (078) 251-0166

# 遺伝外来 患者情報提供書

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

※マンション名・部屋番号もご記入ください

緊急連絡先(携帯など) \_\_\_\_\_

妊娠 \_\_\_\_\_ 回 出産 \_\_\_\_\_ 回 流産 \_\_\_\_\_ 回 中絶 \_\_\_\_\_ 回

## ★今回の妊娠について

紹介時 妊娠 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日

出産予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 最終月経日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(決定理由 最終月経・排卵日・8週以降のCRL・ARTの採卵日やP投与開始日)

妊娠の方法 自然妊娠 ・ タイミング ・ AIH ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
体外受精・顕微授精

採卵日 ( _____ 年 _____ 月 _____ 採卵時年齢 _____ 歳 _____ ヶ月) 着床前診断 (PGT) : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (正常・その他 _____ ) 卵子提供 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
--

Vanishing Twin  なし  あり

## ★検討している出生前検査：該当欄に☑ (複数回答可)

クアトロテスト  NIPT(母体血胎児染色体検査)  相談して決めたい  
 その他 (詳細 : \_\_\_\_\_ )

## 【特記事項】

★遺伝性疾患を有する児の出産歴やNTあり等  なし  あり (下記に詳細を記入)

★親族婚 (3親等内で)  なし  あり (下記に詳細を記入)

★羊水検査の際に注意すべき 器質性疾患や妊娠初期の出血の有無等あればお教えてください。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 紹介元医療機関

住 \_\_\_\_\_ 所 :

医療機関名 :

紹介医師名 :

電話番号 :

FAX 番号 :

ご紹介並びに情報のご提供 ありがとうございます



みやびレディースクリニック

FAX (078) 251-0166

遺伝外来 患者情報提供書 Ver.2