

周産期遺伝外来予約時チェックリスト

記入日(西暦) 年 月 日
記入日の妊娠週数 週 日

必ずご担当の医師が、ご本人に確認の上ご記入ください。

医療機関名:

住所:

連絡先:

記入医師署名:

妊婦の氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)
出産予定日	(西暦) 年 月 日
NIPT 外来を希望する日 (木曜日の午後のみ)	(西暦) 年 月 日 (妊娠 週 日 ※受診希望日の週数)
スクリーニング① ※いずれかにチェックを入れてください。 (複数回答可)	☐ 高年齢の方(出産予定日に 35 歳以上) ☐ 母体血清マーカーで、胎児の染色体数的異常の可能性を指摘されている ☐ 前のお子さんに染色体数的異常があった ☐ 夫婦のいずれかが ☐ バートソン型転座を有していて、胎児が 13 トリソミーまたは 21 トリソミーとなる可能性がある ☐ 胎児超音波検査で、胎児の染色体数的異常の可能性を指摘されている ☐ 13 トリソミー、18 トリソミー、21 トリソミーに対して強い不安を感じている
スクリーニング② ※全てにチェックが入っていることが確認できない場合、NIPT を原則として実施できません。	☐ 検査前後の遺伝カウンセリングにパートナーが同席できる ☐ 検査日が妊娠 10 週以降 14 週 6 日までである ☐ 多胎妊娠ではない ☐ NIPT の費用(検査前後の遺伝カウンセリング、検査費用、必要時の羊水検査含めて自費診療20万円)について妊婦・パートナーともに了承している

このチェックリストは、紹介状と共に浜松医療センター医療連携室に送信してください。
(TEL:053-451-2760 / FAX:053-452-9217)