

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

医療機関名：

住所：

連絡先：

記入医師署名：

必ずご担当の医師が、ご本人に確認の上ご記入ください。

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)	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)	<input type="checkbox"/> 高年齢の方 (出産予定日に 35 歳以上) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 前のお子さんに染色体数的異常があった <input type="checkbox"/> 夫婦のいずれかがロ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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 原則として浜松医療センターで分娩する予定 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 検査日が妊娠 10 週以降 14 週 6 日までである <input type="checkbox"/> 多胎妊娠ではない <input type="checkbox"/> 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)

(要スキャン 8-1 文書番号 5045)

浜松医療センター 2022 年 8 月