

診療情報提供書

紹介先医療機関
永井産婦人科病院
産婦人科外来

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= mm （ 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 ☐人工授精 ☐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 ヲ月時）

家族歴：あり・なし

既往歴：あり・なし

ありの場合詳記：