

予 約 申 込 書

〒078-8510

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学病院

地域医療連携室 宛

【医療機関】

住 所

名 称

主治医 _____

FAX: 0166-69-3044

TEL: 0166-69-3055

F A X : ()

T E L : ()

フリガナ

患者氏名

_____ 様 性別 男・女 旧姓 ()生年月日 昭・平 年 月 日 (歳) 受診歴 (有・無・不明)住 所 _____
〒 _____

電話番号 _____

希望診療科 遺伝カウンセリング (出生前診断)

- **本用紙 (様式 2-1) と 2 枚目 (様式 2-2) の「出生前診断カウンセリング申込書」を併せて FAX でお送りください。日程調整に数日要します。**
受診日が決りましたら「予約連絡票」を FAX で返信しますので、患者さんにお渡しく下さい。
- 自費診療となるため、カウンセリング料として 11,000 円 (税込) かかりますことをあらかじめ患者さんにお伝え願います。
- 当院では、NIPT (非侵襲的出生前検査) は実施しておりません。

旭川医科大学病院周産母子科 出生前診断 カウンセリング申込書

(※主治医の先生が記入)

主治医：

記入日： 年 月 日

患者氏名	
相談内容	<input type="checkbox"/> 出生前診断について、どのようなものがあるのか説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 羊水検査を希望しており、説明を聞きたい <input type="checkbox"/> その他 ()
出生前診断を受けたい理由	<input type="checkbox"/> 高齢妊娠 <input type="checkbox"/> 夫婦のいずれかが染色体異常を指摘されたことがある <input type="checkbox"/> 染色体異常のあるお子さんを分娩したことがある <input type="checkbox"/> ご家族に遺伝性の疾患があり、児に影響があるか聞きたい (疾患名と罹患者) <input type="checkbox"/> 妊娠初期の超音波検査で何らかの異常があった () <input type="checkbox"/> その他 ()
妊娠出産歴	妊 産 流産 回、人工妊娠中絶 回 異常妊娠歴 ()
既往歴	
現在のご妊娠の週数	最終診察日 20 年 月 日 妊娠 週 日
分娩予定日	20 年 月 日
今回のご妊娠が凍結胚移植妊娠であるかどうか	<input type="checkbox"/> 凍結胚移植妊娠ではない <input type="checkbox"/> 凍結胚移植妊娠である → 採卵日は 20 年 月
<u>御夫婦で</u> 来院可能な日時	<u>基本的にカウンセリング日時は、月・水・金の午後となります。</u> 例;○月○日 午後ならいつでも、○月○日 ×時から△時まで等 第一希望 月 日 () () 第二希望 月 日 () () 第三希望 月 日 () ()
その他特記事項	