

F A X 0166-69-3044

令和 年 月 日

予 約 申 込 書

〒078-8510

【医療機関】

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

住 所

旭川医科大学病院

名 称

患者総合サポートセンター地域連携部門 宛

主治医

FAX: 0166-69-3044

F A X : ()

TEL: 0166-69-3055

T E L : ()

フリガナ

患者氏名 様 性別 男・女 旧姓 ()

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 受診歴 (有・無・不明)

住 所

電話番号 — —

希望診療科 周産母子科・出生前診断外来

患者さんの状況 ☐ 現在外来で返事 (予約連絡票) を待っている ☐ 帰宅済み ☐ その他

*1 診療科が不明な場合は空欄にしてください。*2 希望受診日がない場合は空欄にしてください。

診 療 情 報 提 供 書

相 談 内 容	☐ 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 ☐ NIPT (新型出生前診断) を希望している *1 *1 妊娠13週6日までの遺伝カウンセリングと後日の採血が必要です。 <u>分娩時に35歳未満の方では検査の精度が下がるため、当院ではNIPTではなく超音波検査をすすめていますので、事前に患者様にお伝えください</u> ☐ 超音波検査 (NT検査、初期スクリーニング検査) を希望している *2 *2 妊娠13週6日までの遺伝カウンセリングと超音波検査が必要になります カウンセリング時間/妊娠週数によっては別日の検査になります ☐ 羊水検査を希望している *3 *3 妊娠16週までの遺伝カウンセリングと妊娠17週6日までの検査が必要です ☐ その他 ()
受診について	☐ 夫またはパートナーと受診することができる (夫/パートナーの氏名 年齢 歳) *1 NIPT・羊水検査では、結果開示のときもお二人での受診が必要です ☐ 夫またはパートナーと受診できない → 当院では出生前診断を行うことができません

- 本用紙は、患者さんのカルテを事前に作成し、来院時に患者さんをお待たせしないための予約申込書です。
- 希望診療科のご指定がない場合は、提供された診療情報をもとに判断させていただきます。
- 本用紙をFAXでお送りください。受診日が決まりましたら「予約連絡票」をFAXで返信しますので、患者さんにお渡しください。
- 本用紙は外来予約専用申込書です。緊急を要する場合 (即日入院の可能性がある場合)、転院等に関しては、事前に担当科の医師に電話 (0166-65-2111) でご相談願います。

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

胎児数	☐ 単胎 ☐ 双胎以上 →当院では出生前診断を行っておりません
出生前診断を受けたい理由	☐ 高齢妊娠（分娩時に35歳以上） ☐ 夫婦のいずれかが染色体異常を指摘されたことがある ☐ 染色体疾患のあるお子さんを分娩したことがある ☐ ご家族に遺伝性の疾患があり、児に影響があるか知りたい*4 (疾患名と罹患者) _____) *4 遺伝子診断などの場合は絨毛検査が必要であったり、倫理申請が必要な場合があるので<u>妊娠前または分娩予定日決定前に早くご連絡ください</u> ☐ 妊娠初期の超音波検査で何らかの異常があった (_____) ☐ その他 (_____) _____)
妊娠出産歴	妊産(自然流産回、人工妊娠中絶回) 異常妊娠歴(_____)
既往歴	
現在の身長/体重	身長 _____ cm / 現在の体重 _____ kg (NIPT/超音波検査で必要になります)
現在の妊娠週数	最終診察日 20__年 __月 __日 で 妊娠 ____週 ____日
分娩予定日	20__年 __月 __日 (LMP・CRL・BPD・排卵日・ET日 起算)
今回の妊娠形式	☐ 凍結胚移植妊娠ではない ☐ 凍結胚移植妊娠である → 採卵日は 20__年 __月 __日 (___歳 __ヶ月)
ご夫婦で(またはパートナーと)来院可能な日時	遺伝カウンセリングは毎週木曜日①13:00, ②14:15からの1時間となります。 不定期に月曜日①13:45からの枠を開設しているため、地域連携部門にご確認ください。 第1希望 月 日(妊娠 週 日) 木曜13:00 / 14:15 月曜13:45 第2希望 月 日(妊娠 週 日) 木曜13:00 / 14:15 月曜13:45 第3希望 月 日(妊娠 週 日) 木曜13:00 / 14:15 月曜13:45 その他 (_____) _____) ※1 NIPTと超音波検査を希望される場合は妊娠13週6日までに予約を入れてください。 ※2 超音波検査を希望される場合、予約の日程によっては後日に検査を行います。当日の超音波検査は15:30以降からの開始になります。赤ちゃんの頭殿長(CRL)が45～84mmで行う検査のため、超音波検査の日程は妊娠12週0日～妊娠13週6日が望ましいです。 ※3 希望日の妊娠週数が記載されていない場合は予約を受けることができません。 ※4 遠方から受診される方を優先するため、受診時間の変更をお願いする場合があります。
その他特記事項	