

診療情報提供書

紹介先医療機関
市立青梅総合医療センター
産婦人科 NIPT 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： <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工受精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 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 か月時）
家族歴：あり・なし
既往歴：あり・なし
ありの場合詳記：