

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：