

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

地域医療連携室 宛

主治医

FAX: 0166-69-3044

FAX: ( )

TEL: 0166-69-3055

TEL: ( )

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  その他診 療 情 報 提 供 書

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"/> NIPT (新型出生前診断) を希望している <p>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。 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。</p> <input type="checkbox"/> 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 *1 *1 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によっては別日の検査になります。 <input type="checkbox"/> 羊水検査を希望している *2 *2 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
受診について	<input type="checkbox"/> 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) NIPT・羊水検査では、結果開示のときも <b>お二人での受診が必要です</b> <input type="checkbox"/> 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 (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。**
- 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。

## 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	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎以上 →当院では出生前診断を行っていません
出生前診断を受けたい理由	<input type="checkbox"/> 高齢妊娠(分娩時に35歳以上) <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"/> 染色体疾患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、児に影響があるか知りたい*3 (疾患名と罹患者 ) *3 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通常よりも早くご連絡ください <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 (自然流産 回、人工妊娠中絶 回) 異常妊娠歴( )
既往歴	
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	<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 ( 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 <u>毎週木曜日</u> ①13:00, ②14:15, ③15:30 からの1時間です 第1希望 月 日(妊娠 週 日) 13:00 / 14:15 / 15:30 第2希望 月 日(妊娠 週 日) 13:00 / 14:15 / 15:30 第3希望 月 日(妊娠 週 日) 13:00 / 14:15 / 15:30 その他 ( ) 注1 NIPTでは結果開示のため2週間後の木曜日の15:30-17:00にご夫婦で来院していただく必要があります 注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 注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 注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	