

# 診療情報提供書(母体血胎児染色体検査)

福岡市立こども病院 周産期遺伝外来

紹介元医療機関

住所： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

紹介医師名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

下記妊婦が母体血よりの胎児染色体検査を希望しておりますので紹介いたします。

患者氏名（ふりがな）： \_\_\_\_\_

生年月日：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

連絡先： \_\_\_\_\_

## 患者情報（以下は必須項目です）

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重（現在） \_\_\_\_\_ kg

分娩予定日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

妊娠週数：妊娠 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日現在）

超音波検査：CRL \_\_\_\_\_ mm、胎児心拍：(+)・(-)（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日現在）

妊娠歴：妊娠回数（ \_\_\_\_\_ 回）経産回数（ \_\_\_\_\_ 回）流産回数（ \_\_\_\_\_ 回）

妊娠方法：自然妊娠 人工授精 体外受精 顕微授精

※凍結胚による妊娠の場合の採卵日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月時）

家族歴・既往歴：なし

あり（詳細： \_\_\_\_\_）

## 検査の適応

- 高年妊娠（出産予定日が35歳以上）（凍結胚による妊娠の場合、採卵時の年齢が34歳2ヶ月以上）
- 21トリソミー、18トリソミー、13トリソミーの染色体異常児の出産既往がある
- 超音波異常所見（詳細： \_\_\_\_\_）
- 母体血清マーカー検査結果
- 両親のいずれかにロバートソン転座がある(13/18/21番染色体に関する転座に限る)

NIPT検査の強い希望の有無：あり なし

以下の妊婦さんは母体血胎児染色体検査の対象となりません。

- ・超音波検査で胎児形態異常が証明されている
- ・出産予定時年齢が35歳未満である
- ・両親のいずれかが転座などの染色体構造異常の保因者である