ひろつぐ出生前診断クリニック　行

TEL：06-6352-0087（ご予約・お問い合わせ）　　記入日：　　年　　月　　日

胎児精査　ご紹介依頼書

胎児異常の精査を目的としたご紹介の際に、紹介状（診療情報提供書）に添えてご利用ください。

1. 紹介元

医療機関名		診療科	
医師名		電話番号	

2. 患者さま情報

氏名（ふりがな）		生年月日	年　月　日（　歳）
分娩予定日	年　月　日	紹介時週数	妊娠　週　日

3. ご紹介の目的（必ずいずれかにチェックをお願いします）

□ **胎児異常の精査**（下記4の所見について精査を依頼します）

□ その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

※スクリーニング目的（異常所見の指摘がない方の検査希望）の妊娠中期以降のご紹介は、お受けしておりません。
検査をご希望の妊婦さまには、妊娠12〜13週の「初期ドック」または妊娠14〜17週の「早期ドック」をご案内ください（紹介状の有無を問わずご受診いただけます）。

4. 指摘所見（該当するすべてにチェックし、指摘時の週数をご記入ください）

□ NT肥厚（＿＿＿mm ／ ＿＿週）

□ 構造異常の疑い（部位：＿＿＿＿＿＿ ／ ＿＿週）

□ 羊水量の異常（□過多　□過少 ／ ＿＿週）

□ NIPT・母体血清マーカー等の陽性（検査名：＿＿＿＿＿＿）

□ 胎児心疾患の疑い（＿＿週）

□ 胎児発育不全の疑い（＿＿週）

□ 軟性マーカー（＿＿＿＿＿＿ ／ ＿＿週）

□ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

5. 所見の詳細・これまでの経過（自由記載）

6. 添付資料

□ 超音波画像（□紙　□CD/USB　□その他）　□ 検査結果報告書　□ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿）

・本依頼書は、紹介状（診療情報提供書）に添えて患者さまにお渡しください。
・所見の記載がない場合は、受け入れ可否の確認のため、事前にお電話でお問い合わせさせていただくことがあります。
・検査は自費診療です（費用は患者さまのご負担となります）。最新の料金は当院ウェブサイトの料金ページをご覧ください。
・精査の結果は、文書にてご報告いたします。診断結果に応じて、高次医療機関とも連携し速やかに対応いたします。

ひろつぐ出生前診断クリニック（出生前診断専門）
〒530-0044　大阪市北区東天満2-10-31　第9田渕ビル1F　TEL：06-6352-0087　https://hirotsugu-prenatal.jp