

紹介状（診療情報提供書） FAX 専用

—母体血胎児染色体検査専用—

千葉大学医学部附属病院
遺伝子診療部

NIPT 外来

紹介元医療機関

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、紹介致します。

患者氏名（ふりがな） _____（ _____ ）

生年月日：昭和・平成 _____年（西暦 _____年） _____月 _____日（ _____歳）

緊急時連絡先（携帯など） _____

患者住所 〒 _____

患者情報（以下は必須項目です）

分娩予定日： _____年 _____月 _____日

妊娠週数：妊娠 _____週 _____日【 _____月 _____日現在】

検査の適応：チェックして下さい

高齢妊娠（出産予定日に 35 歳以上 ただし、凍結胚により妊娠の場合は、採卵時の年齢が 34 歳 2 ヶ月）

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

児が染色体異常症に罹患している可能性が高い

【 具体的に：(例として NT 肥厚) _____ 】

検査依頼方法：紹介元の先生が本用紙に記入の上、遺伝子診療部（NIPT 外来）に FAX 043-226-

2325 をお送りください。そのうえで、ご本人から直接電話（043-226-2325）で遺伝子

診療部 NIPT 外来にご予約ください。