



産科NIPT外来用FAX送信票（診療申込書）

送信先	宮城県立こども病院 地域医療連携室 行		
	〒989-3126 宮城県仙台市青葉区落合4丁目3-17 <TEL> 022-391-5115 (直通) / 022-391-5111 (病院代表) <FAX> 022-391-5120 (直通) 受付時間：月曜日～金曜日までの8：30～17：00（祝日・年末年始は除く）		

<発信元>

医療機関名			
ご担当医名			
住 所			
TEL		FAX	

<患者さん情報>

フリガナ		生年月日	西暦
お名前	様		年 月 日
電話番号	() - ()		(歳)
当院受診歴	有 ・ 無		

<分娩予定日> ※ NIPT 外来予約は必ず分娩予定日決定後にお申し込みください

分娩予定日	西暦	年	月	日
-------	----	---	---	---

<検査希望理由> ※ 下記に該当しない理由の場合は直接当院産科医師までお問い合わせください

- 高齢妊娠のため
- 胎児超音波で、胎児が染色体異常を有する可能性があるため
- 染色体異常を有する児を妊娠した既往があるため
- 母体血清マーカー検査で、胎児が染色体異常を有する可能性があるため
- 両親のいずれかが均衡型ロバートソン転座があり、胎児が13トリソミーまたは21トリソミーの可能性があるため