

メディカルパーク入間 NIPT診療情報提供書

該当項目に☑し、必要事項の記載をお願いします

フリガナ お名前	生年月日： 西暦 年 月 日（ 歳）	
	身長： . cm	現在の体重： . kg
ご住所	〒	
	ご自宅電話番号 - -	携帯電話番号 - -
メディカルパーク入間のNIPT外来予約日： 年 月 日 時 分～		

ご記載日	西暦 年 月 日 (妊娠 週 日)	妊婦血液型 RhD 陽性・陰性・未検
胎児心拍最終確認日	西暦 年 月 日 (妊娠 週 日)	現在の使用薬剤と量 ☐ なし
最終月経	西暦 年 月 日	☐ アスピリン ()
分娩予定日	西暦 年 月 日	☐ ヘパリン ()
分娩予定日決定方法	☐ 最終月経	☐ その他 ()
	☐ 胎児計測 (☐ CRL ・ ☐ BPD)	妊婦の現在の合併症 ☐ なし
	☐ 体外受精周期 ☐ 排卵推定日	☐ 子宮筋腫
	☐ その他 ()	☐ 卵巣嚢腫 ()
胎児数	☐ 単胎	☐ 自己免疫性疾患 ()
	☐ 双胎 (☐ DD ・ ☐ MD ・ ☐ MM ・ ☐ vanishig twin)	☐ 血液疾患 ()
妊娠方法	☐ 自然妊娠 ☐ タイミング法	☐ その他
	☐ 排卵誘発 ☐ AIH ☐ IVF ☐ ICSI	均衡型ロバートソン転座 ☐ なし
(IVFまたはICSIの場合)	☐ 新鮮胚 ☐ 凍結胚	☐ 母体 ()
採卵日： 西暦 年 月 日		☐ パートナー ()
胚移植日： 西暦 年 月 日		☐ その他の遺伝学的合併症

胎児異常所見	☐ なし
	☐ あり ()

妊娠歴	出産回数： 回	自然流産： 回	人工流産： 回
妊娠出産歴で特記事項あれば記載			

ご住所
医療機関名
お電話番号
ご担当医師名