

「紹介元医療機関」

名称
所在地
医師名
TEL
FAX

担当者

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター 地域医療連携室行

TEL 0742-46-6001(代)
0742-81-4891(予約専用ダイヤル)

一時入力

FAX 0742-46-7666 (地連直通)

【受付時間 平日9:00~17:00】受付時間以外の返信は翌営業日

★別様式の診療情報提供書添付がある場合は→こちらの太枠内のみ記入をお願いします。

フリガナ	年齢	生年月日 (昭・平・令)	当院への受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
患者氏名	歳	年 月 日	ID:
患者住所	〒		電話番号 () -
紹介目的 ・ 主訴傷病名	NIPTカウンセリング		<input type="checkbox"/> 希望する日や曜日 <input type="checkbox"/> 不都合な日や曜日 * 希望がない場合は、予約可能な早い日で予約をお取りします。 * パートナーと一緒に受診していただきます。

妊娠週数	妊娠 週 日
分娩予定日	<input type="checkbox"/> 決定 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未決定 最終月経より 年 月 日
予定日算出法	<input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 体外受精/顕微授精周期 <input type="checkbox"/> 排卵日指定 <input type="checkbox"/> 不明
妊娠歴	出産 回 自然流産 回 人工流産 回
胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> DD双胎 <input type="checkbox"/> MD双胎 <input type="checkbox"/> MM双胎 <input type="checkbox"/> Vanishing twin <input type="checkbox"/> その他()
カウンセリング希望理由	<input type="checkbox"/> 高年妊娠 <input type="checkbox"/> 血清生化学的スクリーニング <input type="checkbox"/> 超音波所 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他
同日検査希望	原則、カウンセリングの後日にNIPT採血の予約を取得しています。どうしてもカウンセリング日にNIPT採血を希望される場合は、希望理由とともに記載して下さい。 <input type="checkbox"/> あり (希望理由:)
経過 ・ 検査結果 ・ 処方等	* カウンセリング希望理由が高年妊娠以外の場合はその詳細をご記入下さい。 * 初期検査が済んでいる場合はその結果を添付して下さい。
追加書類等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()