

《紹介元医療機関》

名称

所在地

医師名

TEL

FAX

担当者

申込日： 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9:00～16:00】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		男・女	生年月日 (西暦・昭・平・令)	当院の受診歴
患者氏名	旧姓 ( )	年 月 日 ( )歳		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ID: 電話番号 - - 携帯 - -
患者住所	〒 -			
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"/> 血清生化学的クリーニング <input type="checkbox"/> 超音波所見 <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ください。 <input type="checkbox"/> あり (希望理由: )

経過 ・ 検査結果 ・ 処方等	
-----------------------------	--

