

《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 |
| 患者住所 | 〒 - | | ID: | 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 |
| 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 | |
|-----------------------------|--|