

紹介状(診療情報提供書)
 ー出生前遺伝カウンセリング専用ー

年 月 日

広島大学病院
 産婦人科・遺伝子診療部

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
診療科名	
紹介医師名	
電話番号	

(フリガナ)	
患者氏名	
生年月日	昭和・平成 月 日 (歳)
住所	
電話番号	(自宅) - - (携帯) - -

<紹介理由>

不安要因:ご本人が心配されている要因やきっかけ

- 1) 高年妊娠 (歳)
- 2) 流死産歴 (回) → 原因検索: なし・あり
 (原因:)
- 3) US異常 NT (mm) cystic hygroma (mm)
 胎児水腫(全身皮下浮腫 +・-、腔水症 +・-)
 その他 ()
- 4) 前児や家族の疾患: なし・あり (疾患名:)
 * ありの場合の家族歴や検査結果(コピーがあれば添付お願いします)
 ()
- 5) その他 ()

<患者情報>

分娩予定日:平成 年 月 日
 LMP: 月 日より
 CRL: mm(月 日)時点
 胚移植日より: 月 日
 妊娠成立: 自然・タイミング・黄体補充療法・排卵誘発・AIH
 ・ IVF-ET (新鮮胚・凍結胚)・ICSI (新鮮胚・凍結胚)
 乏精子症の有無: 有・無
 採卵日: 年 月 日(回目)、凍結日: 年 月 日(回目)
 妊娠分娩歴: G P
 最終診察日: 月 日(週 日)
 US所見: FHB +・-、その他所見: なし・あり(→上記3)にご記入下さい。
 妊娠経過の異常: なし・あり()
 合併症: なし・あり()
 妊娠経過の異常や合併症ありの場合の治療・処方()