



N I P T 診 療 予 約 申 込 書

たむらウイメンズクリニック 行

F A X 0 5 4 - 2 8 9 - 1 1 2 3

申込日 年 月 日

[紹介元] 医療機関名：

医 師 名： _____ 印 _____

所 在 地： _____

T E L： _____ F A X： _____

氏 名	フリガナ	生年月日	昭 ・ 平	
			年 月 日 (才)	
住 所	〒 -			
T E L	- -			
分 娩 予定日	年	月	日	妊 娠 週 数 週 日

紹 介 理 由	<input type="checkbox"/> 出産予定日に35歳以上の方 <input type="checkbox"/> 胎児超音波検査または母体血清マーカーで、胎児の染色体数的異常の可能性を指摘されている方 <input type="checkbox"/> 前のお子さんに染色体数的異常があった方 <input type="checkbox"/> 13トリソミー、18トリソミー、21トリソミーに対して強い不安を感じている方			
確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 検査前後の遺伝カウンセリングにパートナーが同席できること <input type="checkbox"/> 多胎妊娠ではないこと <input type="checkbox"/> 検査陽性もしくは判定保留の際に当院連携施設である浜松医療センターとのオンラインでのカウンセリングに同意いただけること <input type="checkbox"/> 個人情報保護法のもと、匿名化したデータ公表を行う場合、同意されること			
受 診 希望日	第一希望：	月	日 (土)	* NIPT外来は、毎月第1・3土曜日14:00-16:00となります
	第二希望：	月	日 (土)	

- * 予約日時が確定しましたら、当院よりご本人に直接お電話にてご連絡いたします。
- * ご来院の際には、保険証、問診票を必ずご持参ください。