

FAX番号：0942-31-7933

(申込日) 年 月 日

紹介

医療機関名

電話番号 — —

## 「無侵襲的出生前遺伝学的検査に関する研究」

### (紹介状 兼 参加申込用紙)

(大学病院診察券番号：

(\*大学病院記入欄)

ふりがな

◆患者氏名 \_\_\_\_\_ (連絡先電話) — — — )

◆生年月日 西暦 年 月 日

◆妊娠週数 週 日 ( 月 日 現在)

(单胎 · 双胎 )

\* 双胎の場合 (MM · MD · DD · Vanishing Twin)

◆最終エコー 年 月 日

◆出産予定日 年 月 日

◆体外受精の場合の採卵日 令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月時)

\* 胚 ( 新鮮 · 凍結 ) \* 顕微授精 ( あり · なし )

#### ◆チェックリスト

以下の 5 つのうち、いずれかの条件を満たすこと (チェックして下さい)

- 妊婦本人または夫(パートナー)が検査を希望している。
- 13, 18, 21 トリソミー児を妊娠あるいは出産した。
- クワトロテストでスクリーン陽性
- 11 週 0 日 - 13 週 6 日時の超音波検査で NT(後頸部浮腫)  $\geq 3.0 \text{ mm}$  ( mm )
- 妊婦あるいは夫(パートナー)が 13, 21 番均衡型転座保因者である。

以下の 8 つの条件を全て満たすこと (チェックして下さい)

- 単胎あるいは双胎妊娠である。
- 超音波検査で児心拍を確認している。
- 出産予定日が確定している。
- 申し込みの時点で、妊娠 9 週 0 日から 16 週 0 日までである。

(\*注 1 年末年始・ゴールデンウイーク等の連休前は 14 週 0 日まで)

- 検査施行前および施行後 (検査結果説明) カウンセリングに夫(パートナー)と来院することができる。
- カウンセリングは 2 回あり、初回 8,800 円 (1 時間) (消費税込)、2 回目 (結果説明) 5,500 円 (30 分) (消費税込) であることを了解している。
- 検査費用は、126,000 円 (消費税込) であることを了解している。
- 妊婦が 20 歳以上で、臨床研究 (検査 1 年後のアンケート調査) に協力できる。