

FAX番号：0942-31-7933

(申込日) 年 月 日

ご紹介

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)

(単胎 ・ 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・ゴールデンウィーク等の連休前は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。