

『妊娠初期の胎児健診(checkup)における超音波検査と母体血を用いた出生前遺伝学的検査(NIPT: Non-invasive prenatal genetic testing)の臨床的位置付けに関する研究』

参加予約申込書

送付先：瀬戸病院 遺伝診療科

FAX: 04-2903-0167

Email: genetics@propel.ne.jp

郵送:〒359-1128

埼玉県所沢市金山町 8-6

ふりがな			受診予定日： 月 日 (月曜日・木曜日)
お名前		歳	(予約の空き状況はまずお電話でご確認ください 04-2922-0367)
生年月日	西暦	年 月 日	電話番号： ()
分娩予定日	西暦	年 月 日	Email: @
ご住所	〒		
下記の＜母体血を用いた出生前遺伝学的検査(NIPT)の対象者条件＞および＜本研究に参加するための確認事項＞のご確認をお願いします。			
<p>＜母体血を用いた出生前遺伝学的検査(NIPT)の主な対象者＞</p> <p>ご自身に当てはまるところに<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 染色体の異常 (21 トリソミー、18 トリソミー、13 トリソミー等) に罹患した児を妊娠、分娩した既往を有する方</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢妊娠など胎児に関して不安のある方</p> <p><input type="checkbox"/> 胎児が染色体の異常 (21 トリソミー、18 トリソミー、13 トリソミーの等) に罹患している可能性がある」と指摘された方 (例：超音波検査等で染色体異常症の可能性があると指摘されている；両親のどちらかが転座保因者の場合)</p> <p><input type="checkbox"/> 反復流産の既往</p> <p>※NIPT において、上記の妊婦さんが主な対象者となっています。上記の対象者条件に一つも当てはまらない方でも現状を考慮し、遺伝カウンセリング実施の上参加可能です。</p>			
<p>＜本研究に参加するための確認事項＞</p> <p>同意を頂けるとところに<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。</p> <p>※すべての項目に同意して頂く必要があります。未記入があれば受付できません。</p> <p><input type="checkbox"/> 分娩予定日の違い、赤ちゃんの超音波検査観測条件 (大きさや位置等) などによって、予約を取り直し、また後日に来院して頂く可能性があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 受診時、出産予約をされている医療機関の診療情報提供書 (紹介状) が必要です。下記の用紙を直接に使用していただくか、別の用紙で必要な項目を記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 本研究は計 2 回の胎児超音波検査(初期・中期)と NIPT が含まれています。<u>単独の NIPT は実施していません。</u>また <u>NIPT 陽性時は確定診断が必要</u>となり、別途医師の手技料等がかかります。</p> <p><input type="checkbox"/> 本研究への参加には<u>原則ご夫婦 (またはカップル) 双方が同意し、署名</u>する必要があります。</p> <p><input type="checkbox"/> すべての検査終了後でも、妊婦さんと赤ちゃんの追跡調査および出産報告にご協力頂きます。</p>			

※予約申込書の内容は担当医師または遺伝カウンセラーが確認します。予約の確定は、通常一週間以内に改めて担当スタッフよりご連絡をいたします。また、受診確認のために、受診日の約 1 週間前に、もう一度ご連絡を差し上げることがあります。

※受診日の変更は受診予定日の 2 週間前までにご連絡ください。その後の変更は予約状況によって、予約を取れなくなる可能性がありますので、ご注意ください。

『妊娠初期の胎児健診(checkup)における超音波検査と母体血を用いた出生前遺伝学的検査
(NIPT: Non-invasive prenatal genetic testing)の臨床的位置付けに関する研究』

参加希望妊婦さんの診療情報提供書

記載日： 年 月 日

患者氏名		生年月日	西暦	年	月	日
分娩予定日	西暦 年 月 日					
	判断方法：最終月経・排卵日・胚移植日・その他（ ）					
超音波確認	CRL=	mm	測定日	西暦	年	月 日
妊娠・出産歴	経産 経妊（自然流産 回）					
家族歴・既往歴	<input type="checkbox"/> なし					
	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ）					
当てはまる項目に <input checked="" type="checkbox"/> と記入をお願いいたします。						
<input type="checkbox"/> 高齢妊娠（分娩時 35 歳以上） 凍結胚移植の場合、採卵日 年 月 日（ 歳 ヶ月時） <input type="checkbox"/> 21 トリソミー、18 トリソミー、13 トリソミーの胎児を妊娠・出産したことがある 染色体検査結果： <input type="checkbox"/> 胎児染色体異常の可能性がある 理由：NT 肥厚 mm（測定日： ）、母体血清マーカー検査陽性（結果： ） その他（ ） <input type="checkbox"/> 反復流産 <input type="checkbox"/> 胎児に関する不安						

紹介元医療機関情報

名称：

住所：

医師名：

電話番号：