

# 紹介状（診療情報提供書）

## 出生前検査専用

紹介先医療機関・診療科

島根大学医学部附属病院 臨床遺伝・ゲノム医療センター 御中

〈紹介元医療機関〉

医療機関名	住所
診療科名	紹介医師名
電話番号	FAX 番号

〈患者情報〉

(フリガナ) 患者氏名		患者連絡先	( ) —
生年月日	年 月 日 ( 歳)	母体血液型	型 (R h )
妊娠週数	週 日 ( 年 月 日現在)	出産予定日	年 月 日
		妊娠出産歴	妊 産
起算方法	<input type="checkbox"/> LMP <input type="checkbox"/> CRL <input type="checkbox"/> 体外受精周期 <input type="checkbox"/> 排卵日指定 <input type="checkbox"/> その他		
妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> AIH <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI IVH・ICSI の場合： <input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> 凍結 採卵時母体年齢 ( 歳 カ月)		
結婚歴	年	子宮筋腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人種	本人 、 夫	男性不妊因子	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
現病歴			
既往・家族歴			
内服薬			
飲酒歴	<input type="checkbox"/> あり（程度： ） <input type="checkbox"/> なし	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり（程度： ） <input type="checkbox"/> なし
検査の適応	<input type="checkbox"/> 高齢妊娠のため <input type="checkbox"/> 胎児超音波で異常を指摘された (所見： ) <input type="checkbox"/> 染色体異常を有する児の妊娠出産既往がある (所見： ) <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他 ( )		