

# 遺伝相談外来 予約申込書

神戸アドベンチスト病院 地域医療連携室 行

FAX 078-981-0233

下記の妊婦様が遺伝相談外来での遺伝カウンセリングを希望されておりますのでご紹介します。

氏 名	
生 年 月 日	西暦 年 月 日 (分娩時： 歳)
分 娩 予 定 日	西暦 年 月 日
妊 娠 週 数	週 日
妊 婦 様 の 住 所	市・郡 町・村・区
妊 婦 様 の 連 絡 先	携帯番号：
紹 介 理 由 該当する項目に (○)をお願いします	( ) 高齢妊娠：分娩予定日で35歳以上、体外受精例は採卵時34歳2ヶ月以上
	( ) 染色体異常児の妊娠・出産既往がある
	( ) 超音波・血清マーカー検査で異常がある
	( ) 転座保因者である(核型 )
	( ) 相談のみ
	( ) その他(具体的に )
受 診 希 望 日	第1希望： 月 日(日曜・水曜：14:00～ 14:30～ 15:00～ 15:30～ 16:00～)
(わからなければ 空欄で結構です)	第2希望： 月 日(日曜・水曜：14:00～ 14:30～ 15:00～ 15:30～ 16:00～)
	第3希望： 月 日(日曜・水曜：14:00～ 14:30～ 15:00～ 15:30～ 16:00～)
現時点で希望 される検査	( )クアトロ検査 ( )羊水検査 ( )NIPT ( )相談のみ ( )わからない

紹介先医療機関名：

担 当 医 ： 先生

連 絡 先 ： TEL

FAX

\* 診療情報提供書も添付してFAXしてください