

# 診療情報提供書

鹿児島大学病院 周産期遺伝外来 (FAX : 099-275-6698)

紹介元医療機関

住所 : \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_

紹介医師名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

下記妊婦が周産期遺伝外来受診を希望していますので紹介致します。

患者氏名 (ふりがな) : \_\_\_\_\_

生年月日 : 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

連絡先 : \_\_\_\_\_

## 患者情報 (以下は必須項目です)

① 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 (現在) \_\_\_\_\_ kg

② 分娩予定日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(予定日算出方法 最終月経 超音波 体外受精周期 排卵日指定 決定法未確認)

③ 妊娠週数 : 妊娠 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日現在)

④ 単胎 双胎(DD 双胎 MD 双胎 MM 双胎 Vanishing Twin )

⑤ 周産期遺伝外来受診希望理由

高年妊娠 血清生化学的スクリーニング 超音波所見 家族歴 その他

⑥ 超音波検査 : CRL \_\_\_\_\_ mm、胎児心拍 : (+)・(-) ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日現在)

⑦ 妊娠歴 : 妊娠 ( \_\_\_\_\_ 回) 出産 ( \_\_\_\_\_ 回) 自然流産 ( \_\_\_\_\_ 回) 人工流産 ( \_\_\_\_\_ 回)

⑧ 妊娠方法 : 自然妊娠 人工授精 IVF(新鮮 凍結)

ICSI(新鮮 凍結、男性因子あり なし) 初期胚移植 胚盤胞移植

※凍結胚による妊娠の場合の採卵日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月時)

⑨ 妊婦の血液型( \_\_\_\_\_ 型、RhD : 陽性 陰性 不明)

⑩ 妊婦の現在の病気

子宮筋腫 卵巣腫瘍 自己免疫疾患 その他( \_\_\_\_\_ )

⑪ 妊婦の現在の使用薬剤

なし アスピリン ステロイド ヘパリン(製品名 : \_\_\_\_\_ )

⑫ 喫煙 妊婦 : なし あり( \_\_\_\_\_ 本/日) 夫 : なし あり( \_\_\_\_\_ 本/日)

⑬ 夫(パートナー) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳、

⑭ 家族歴・既往歴 : なし、あり (詳細 : \_\_\_\_\_ )