

出生前診療外来 予約申込書 (医療機関専用)

大阪大学医学部附属病院 遺伝子診療部 宛 FAX 06-6879-6539

申込日 年 月 日

当院からの 返信先	<input type="checkbox"/> 医療機関へ返信希望 <input type="checkbox"/> 患者さんへ返信希望	連絡先 (<input type="checkbox"/> TEL • <input type="checkbox"/> FAX) *患者さんに FAX する場合は、貴医療機関にも併せて FAX いたします。
--------------	--	--

紹介 医療機関	医療機関名			
	紹介医			
	TEL		FAX	
妊婦さんの 情報	フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳
	患者氏名		TEL	自宅
				携帯
				*当院よりご連絡をさせていただく場合があります
	分娩予定日	年 月 日	*凍結胚による妊娠の場合、採卵時母体年齢 () 歳	
	妊娠週数	妊娠 週 日 (月 日現在) 起算:		
	多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 (<input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> Vanishing Twin)		
検査希望理由	*該当する項目に✓をお願いします <input type="checkbox"/> 高年妊娠 <input type="checkbox"/> 母体血清マーカー陽性 <input type="checkbox"/> 超音波所見 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他 () 注: 胎児超音波等にて明らかな疾患を疑う場合は、従来どおり、産婦人科胎児外来にご紹介ください。			
希望検査	*妊婦さんが希望される検査がおわかりの場合は✓をお願いします <input type="checkbox"/> NIPT <input type="checkbox"/> クアトロテスト <input type="checkbox"/> 羊水検査 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受診のご希望	夫婦同伴について	出生前診療外来は、ご夫婦 (パートナー) 同伴での受診が必要です。 ご夫婦 (パートナー) 同伴で来談可能な日を下記にお知らせください。		
	希望曜日	午後 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 (<input type="checkbox"/> 木) <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> いつでも		
	希望日	*特に指定の希望日がある場合にはお知らせください。 ただし、ご希望に添えない場合もあります。 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日		
	阪大受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (阪大病院 診察券番号)		

本書に必要事項を記入の上、FAX にてお送りください。

予約受付完了後、3 日以内に、遺伝カウンセリング日時を記載した通知 (予約受付票) を FAX にて返信いたしますので、妊婦さんにお渡しいただきますようお願い申し上げます。なお、5 日以上経過しても通知が届かない場合は、遺伝子診療部までお電話にてご連絡ください。

問い合わせ先: 大阪大学医学部附属病院 遺伝子診療部 電話: 06-6879-6558 (9:00-17:00)