

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

紹介 医療機関	医療機関名			
	紹介医			
	TEL		FAX	

予約受付完了後、「出生前診療外来 予約票」をFAXで返信しますので、妊婦さんにお渡しください。

妊婦さんの 情報	フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳	
	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	☐ 単胎 ☐ 双胎 (☐ DD ☐ MD ☐ MM ☐ Vanishing Twin)			
	検査希望理由	* 該当する項目に✓をお願いします ☐ 高年妊娠 ☐ 母体血清マーカー陽性 ☐ 超音波所見 ☐ 家族歴 ☐ 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りの場合は✓をお願いします ☐ NIPT ☐ クアトロテスト ☐ 羊水検査 ☐ 未定 ☐ 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、配偶者／パートナー 同伴での受診が必要です。 配偶者／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	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 金 ☐ いつでも 【木曜日不可】 * 当日は午前中に当院産婦人科外来受診が必要で、遺伝カウンセリングは午後になります。			
	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	☐ 無 ☐ 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いたします。申込日即日の返信は困難な場合がありますので、日程に余裕を持ったお申込みをお願いいたします。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)