

## 市立奈良病院 NIPT予約依頼書 (FAX専用 0742-24-1259 地連直通)

・下記内容をご記入いただき、FAXして下さい。調整後、「予約通知書」をFAXいたします。

紹介元情報	医療機関名
	所在地
	診療科・医師名
	担当者名
	電話番号
	FAX番号

※太枠内以外は、添付いただく診療情報提供書に記載していただいている内容に限り、記入を省いていただいて差支えありません。

※予約取得に際して当院医師の確認を要する場合は、当課から回答までに時間を要する旨のご連絡をさせていただきます。

※カウンセリングは、毎火・水曜日(祝日を除く) 15:00 または15:30 となります。

患者情報	フリガナ		生年月日
	患者氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( 歳 )
	当院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (診察券ID: ) ・ <input type="checkbox"/> 無	
	患者住所	〒 — —	<input type="checkbox"/> 別添あり
	電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 別添あり

希望日	・ 第一希望 年 月 日 (火・水)	・ <input type="checkbox"/> 希望日なし
	・ 第二希望 年 月 日 (火・水)	・ <input type="checkbox"/> その他 [ ]

妊娠週数	妊娠 週 日
分娩予定部	<input type="checkbox"/> 決定 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未決定 最終月経より 年 月 日
予定日算出法	<input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 体外受精/顕微授精周期 <input type="checkbox"/> 排卵日指定 <input type="checkbox"/> 不明
妊娠歴	出産 回 自然流産 回 人工流産 回
胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> DD双胎 <input type="checkbox"/> MD双胎 <input type="checkbox"/> MM双胎 <input type="checkbox"/> Vanishing twin <input type="checkbox"/> その他( )
カウンセリング希望理由	<input type="checkbox"/> 高齢妊娠 <input type="checkbox"/> 血清生化学的スクリーニング <input type="checkbox"/> 超音波所見 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他
同日検査希望	原則カウンセリングの後日にNIPT採血の予約を取得しています。 どうしてもカウンセリング日にNIPT採血を希望される場合は、希望理由とともに記載してください。 <input type="checkbox"/> あり (希望理由: )
経過検査結果処方等	※カウンセリング希望理由が高齢妊娠以外の場合はその詳細をご記入ください。 ※初期検査が済んでいる場合はその結果を添付してください。
追加資料等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

【お問い合わせ】 市立奈良病院 患者支援センター 地域医療連携課 TEL 0742-24-1258 / FAX 0742-24-1259

【申込受付時間】 平日 8:30~17:00

受付時間外のFAXは翌日(休日明け)のお取り扱いとなります。