検査申込書・紹介状・診療情報提供書
（母体血を用いた無侵襲的出生前遺伝学的検査：NIPT）

福岡大学病院　遺伝医療室
FAX 送信先：092-862-8622（地域医療連携センター）

下記の妊婦さんが、貴院における NIPT を希望しておりますので紹介します。

■ 患者氏名（ふりがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■ 生年月日：昭和・平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

■ 分娩予定日：令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

■ 分娩予定日の決定方法
- ☐ 最終月経第 1 日（令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）
- ☐ 胎児頭殿長（令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日、CRL：＿＿＿＿ mm）
- ☐ 移植日　　（令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）
  凍結胚移植の場合　採卵日（平成・令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）（＿＿＿歳）
- ☐ その他（　　）（令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）

■ 妊娠歴：妊娠回数（＿＿＿回）経産回数（＿＿＿回）流産回数（＿＿＿回）

■ 妊娠方法：☐自然妊娠　☐人口授精　☐体外受精　☐顕微授精

■ 既往症：☐ なし
☐ あり（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

NIPT の対象となる妊婦さんの条件

➢ 以下の 2 つの項目の全て満たす
- ☐ 申込み時の妊娠週数が、8 週 0 日～13 週 6 日以下である
- ☐ 検査前後の遺伝カウンセリングに、ご夫婦で来院できる

➢ 上記に加え、以下のいずれかの条件を満たしていることが必須です。
- ☐ 染色体疾患（21・18・13 トリソミーのいずれか）に罹患したお子さんを妊娠、分娩した既往がある妊婦さん
- ☐ 超音波検査、クアトロ検査で、胎児が染色体疾患（21・18・13 トリソミーのいずれか）に罹患している可能性が高い妊婦さん
- ☐ 染色体疾患（21・18・13 トリソミーのいずれか）に対し、ご心配の強い妊婦さん

NIPT の対象とならない妊婦さんの条件

1. 超音波検査などで胎児に形態学的に明らかな異常を指摘されている
2. 妊婦さん本人あるいは夫のいずれかが染色体転座、逆位保因者である

福岡大学病院
Fukuoka University Hospital