

福岡大学病院

外来事前診療予約申込書用

FAX 送信先：地域医療連携センター

(092-862-8622)

(申込日) 令和 年 月 日

「無侵襲的出生前遺伝学的検査である母体血中 cell-free DNA

胎児染色体検査の遺伝カウンセリングに関する研究」

【検査（参加）申込書】

◆患者氏名 _____

◆分娩予定日 令和 年 月 日

◆分娩予定日の決定方法（いずれかにチェックし、日時をご記入ください）

最終月経第1日 (令和 年 月 日)

胎児頭殿長 (令和 年 月 日、CRL: mm)

胚移植日 (令和 年 月 日)

その他 () (令和 年 月 日)

◆凍結融解胚移植の場合の採卵日 令和 年 月 日 (歳 ヶ月)

◆妊娠週数 週 日 (月 日現在)

◆チェックリスト

●以下の3つの項目のすべてを満たす。

単胎妊娠である。

事前予約時の妊娠週数が8週0日以上、13週6日以下である。

妊婦が20歳以上で、臨床研究(検査1年度のアンケート調査)に協力できる。

●以下の5つの項目のうちいずれかを満たす。

分娩予定日の年齢が35歳以上である。

(凍結融解胚移植の場合、採卵が34歳2ヶ月以上である)

染色体疾患(13, 18, 21トリソミーのいずれか)に罹患した子供さんを妊娠、分娩した既往がある。

超音波検査、クアトロテストで胎児が染色体異常(13, 18, 21トリソミーのいずれか)に罹患している可能性が高い。

※有資格医師による検査とレポートを必須とします。単に首の後のむくみを指摘されただけの場合は受け付けられません。

●以下の5つの項目すべてが確認できている。

超音波検査で児心拍を確認している。

分娩予定日が確定している。

初回(検査施行前)および検査結果説明のためのカウンセリングにご夫婦で来院することができる。

初回カウンセリングと検査説明のためのカウンセリング費用が各6,600円/1時間(消費税込)であることを了解している。

検査費用が約200,000円であることを了解している。

この用紙は” **外来専用**外来事前診療予約申込書 (FAX専用) ” と一緒に FAXしてください。