

## 産科ご担当医の先生へ

当院は厚生労働省の定める臨床研究（NIPT コンソーシアム）に参加しておりましたが、このたび、臨床研究は終了し、患者様の皆さまにひろくご検討いただけるようになりました。

検査を希望される妊婦の方には、検査の実施にあたり遺伝カウンセリングを受けていただく必要があります。検査は妊娠10週～16週くらいの実施を推奨しております。妊婦の方が下記の検査対象に該当するかご確認いただき、当院地域医療連携室までご紹介ください。

お手数おかけいたしますが、よろしく願いいたします。

山王病院 産婦人科

### 記

#### 対象となる妊婦の方

胎児の染色体疾患（13、18、21トリソミー）についての検査を希望し、かつ下記(1)～(5)のいずれかに該当する妊婦の方

(1) 出生前診断を検討されている方

遺伝カウンセリング外来（一次・二次カウンセリング）を受診された後に、母体血中 cell-free DNA 胎児染色体検査（以下 NIPT）を受けることができます。

(2) 染色体疾患（13、18、21トリソミーのいずれか）のお子さんを妊娠・出産した既往を有する方

(3) 胎児が染色体疾患に罹患している可能性が高いと診断された方

(4) 超音波、母体血清マーカー検査で染色体疾患リスクが高い方

(5) 両親にロバートソン転座（21/13番染色体など）がある方

#### 検査対象から除外される妊婦の方

(1) 胎児形態異常が証明されている（転座を含めて診断可能な羊水・絨毛染色体検査を推奨します）

(2) 両親のいずれかが転座などの染色体構造異常の保因者である（羊水染色体検査を推奨します。ただし、21/18/13番染色体に関連する転座などでは本検査の対象になる場合があります）

(3) 多胎妊娠（双胎、三胎以上の妊娠）である

#### 紹介の手順

(1) 医療機関より、当院医療連携室（03-3402-3081・直通）まで遺伝カウンセリング外来の予約のお電話をお願いします。ご予約日は、妊娠9～15週頃の間で受診の日程を調整いたします。**お電話は毎週火・木・土（祝日除く）10：00～17：00で承っております。**

(2) 2枚目の診療情報提供書（紹介状）に必要事項記入のうえ、当院医療連携室宛に FAX（03-3402-3085）をお送りください。

(3) 当院担当医師に確認後、予約のお返事をさせていただきます。なお当院遺伝カウンセリング外来は診療枠が限られているため、ご紹介いただいた妊婦の方全員に検査をお受けいただくことができない場合があります。

以上

## 診療情報提供書 (紹介状)

紹介先医療機関・診療科

医療法人財団 順和会

山王病院・地域医療連携室

〒107-0052

東京都港区赤坂 8-10-16

TEL : 03-3402-3081

FAX : 03-3402-3085

紹介元医療機関

住所 :

医療機関名 :

診療科名 :

紹介医師名 :

電話番号 :

下記妊婦が「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」を希望しておりますので、ご紹介いたします。

患者氏名 (ふりがな) : _____ ( _____ ) 生年月日 : 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳) 身長 : _____ cm 体重 : _____ kg 連絡先電話番号 : _____
<b>患者情報 (以下は必須項目です)</b> 出産予定日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※妊娠週数算出方法 : <input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 体外受精周期 <input type="checkbox"/> 排卵日指定 凍結胚による妊娠の場合の採卵日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳 _____ ヶ月時) 妊娠週数 : 妊娠 _____ 週 _____ 日 ( _____ 月 _____ 日 現在) 超音波検査 CRL = _____ mm 胎児心拍 : (+)・(-) ( _____ 月 _____ 日 現在) 既往歴 : なし・あり (詳細 : _____) 家族歴 : なし・あり (詳細 : _____)
<b>検査の適応 (あてはまる項目にチェックをお願いします)</b> <input type="checkbox"/> 以前の妊娠・分娩で児が 13 トリソミー、18 トリソミー、21 トリソミーであった <input type="checkbox"/> 胎児が染色体異常症のうち、13 トリソミー、18 トリソミー、21 トリソミーのいずれかに罹患している可能性が高いと推測される <input type="checkbox"/> 上記以外で検査を希望 ( <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 遺伝性疾患 <input type="checkbox"/> その他 : _____ ) <b>適応除外 (以下に該当する場合には羊水検査などの侵襲検査を推奨いたします)</b> <input type="checkbox"/> 胎児異常 (奇形など) が証明されている <input type="checkbox"/> 両親のいずれかが転座などの染色体異常症の保因者である

FAX 送信先 : 山王病院 地域医療連携室

**03-3402-3085**

※必ず当院医療連携室 (03-3402-3081) までお電話をいただいてから、FAX を送信してください。