

妊婦さんへのご案内 ～出生前診療外来を受診する前に～

兵庫医科大学病院では、羊水検査や母体血清マーカー検査、新型出生前診断などの出生前遺伝学的検査を実施するにあたり、産科婦人科の出生前診療外来で遺伝カウンセリングを受けていただく必要があります。

- ① ホームページ中の「受診の方法と費用」を選択し、「必要書類のダウンロード」のところにある「資料 A」と「資料 B」もダウンロードしてください。
(※新型出生前診断をご希望の方は「検査方法と選び方」を選択して、「新型出生前診断」のページにある「新型出生前診断の検査説明書」と「自己チェックリスト」もダウンロードしてください)
- ② 「資料 A」、「資料 B」を印刷し、ご夫婦でよくお読みください。
(※新型出生前診断をご希望の方は「新型出生前診断の検査説明書」と「自己チェックリスト」も印刷してお読みいただき、ご自身が検査の対象となっているかどうかを必ずご確認ください)
- ③ かかりつけの医療機関の主治医の先生に次ページの「ご紹介いただく先生へのご案内」と「紹介状」をお渡しし、紹介状を記載していただき、その医療機関から兵庫医科大学病院の地域医療・総合相談センター宛てに予約をしてもらってください。紹介状は必ずしもこの様式でなくても結構です。かかりつけの医療機関の書式でも構いませんが、妊婦さん本人からは予約できません。必ずかかりつけの医療機関から予約してもらってください。
- ④ 出生前診療外来にお越しの際は、以下のものをご持参ください。
 - (ア) かかりつけ医からの「紹介状」
 - (イ) 兵庫医科大学病院の「紹介受付票」
 - (ウ) 「資料 A」(出生前診療外来を受診される皆さんへ)(当日外来でもお渡しします)
 - (エ) 「資料 B」(すべての妊婦さんへ ～出生前診断についてのご案内～)
 - (オ) 健康保険証(ただし、遺伝カウンセリングや出生前診断の検査は自費診療ですので、健康保険の適応ではありません。)
 - (カ) 羊水検査をご希望の方
 - ① 妊婦健診での血液検査結果(血液型と感染症)
(未検査・検査中の方は後日でも結構です。)
 - (キ) 新型出生前診断をご希望の方
 - ① 「新型出生前診断の検査説明書」
 - ② 記入済みの「自己チェックリスト」
 - (ク) 当院の診察券(お持ちの方のみ)
- ⑤ 受診当日は予約時間の10～15分前に1階総合案内にお越し下さい。
 - ・ 外来受診当日は遺伝カウンセリングのみで、出生前遺伝学的検査の採血・検査はできません。
 - ・ 特別の事情がない限りできるだけご夫婦一緒にお越し下さい。
 - ・ 当日遅刻しそうな場合は産科婦人科外来 0798-45-6210 にお電話ください。
 - ・ 診療開始が予約時間から多少遅れることもありますのでご了承ください。

ご紹介いただく先生へのご案内

兵庫医科大学病院産科婦人科 出生前診療外来へのご紹介要領

【紹介の手順】

1. 出生前診断・検査の実施にあたり、産科婦人科出生前診療外来で遺伝カウンセリングを行いますので、受診には必ず予約をお願い致します。

2. 予約は予定日が確定してから、妊娠10週～妊娠15週頃に受診できる時期をお願いいたします。

なお、新型出生前診断を希望される場合には、妊娠10週～14週（遅くとも15週まで）の受診予約をお願いします。

3. 次のページ（2枚目）の“（様式1）出生前診療外来 紹介状”を当院の地域医療・総合相談センター宛てにファクス（FAX：0798-45-6002）をお願いします。

4. 一両日中に来院日時のお知らせ（紹介受付票）をFAXにて返信いたします。ただ、予約枠の関係で、検査希望の妊婦さん全てを当院では対応できない場合がありますのでご了承ください。

5. 妊婦さんの状況が複雑な場合や記載内容がファクスでの送信に適さないような場合は、あらかじめ担当医へ直接お電話でご相談ください。（担当医：澤井英明 0798-45-6481 医局直通）

6. 妊婦さんにお渡しいただくもの

- ・兵庫医科大学病院からの受診予約票（受診日時を記載したもの）
- ・出生前診療外来 紹介状（2枚目の様式1）
- ・羊水検査希望の場合は血液型（ABO型とRh型）と感染症の検査結果（梅毒、B型肝炎、C型肝炎は必須）のコピー

7. 紹介に関わるお問い合わせ先

〒663-8501 西宮市武庫川町1-1
兵庫医科大学病院 地域医療・総合相談センター
電話 0798-45-6001
受付時間 8:30～19:00
ファクス 0798-45-6002

（様式1）

出生前診療外来 紹介状

兵庫医科大学病院

平成 年 月 日

地域医療・総合相談センター行

医療機関 : 兵庫医科大学病院

希望診療科 : 産科婦人科

希望外来 : 出生前診療外来

医療機関名

所在地

紹介医

TEL :

FAX :

下記の妊婦さんが出生前診療外来での遺伝カウンセリングを希望されておりますのでご紹介します。

ふりがな

患者氏名 : _____ 身長 : _____ cm、体重 : _____ kg

生年月日 : 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

住所 : 〒 _____ — _____ — _____

電話番号 : _____ — _____ — _____

*** 患者情報 (以下は必須項目ですので、ご記入願います)**

分娩予定日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 凍結胚による妊娠 → 採卵日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ カ月)

妊娠週数 : 妊娠 _____ 週 _____ 日 (_____ 月 _____ 日現在)

超音波所見 : CRL = _____ mm (_____ 月 _____ 日現在) → _____ 週 _____ 日相当

家族歴・既往歴 : なし・あり (詳細 : _____)

*** 適応 (該当する項目に を願います) 複数選択可**

高年妊娠 (分娩予定日で 35 歳以上)

染色体異常児の妊娠歴・分娩既往歴がある

NT 肥厚 _____ mm (_____ 週 _____ 日現在)

家系内に遺伝性疾患患者がいる (疾患名 : _____)

夫婦のいずれかが転座などの染色体異常症の保因者 (具体的に : _____)

顕微受精での妊娠 (適応 : _____)

母体血清マーカー検査結果が陽性 (検査名 : トリプルマーカー・クアトロテスト、
陽性疾患 : _____ 確率 1 / _____)

その他 (具体的に : _____)

*** 妊婦さんが希望される出生前診断・検査 (おわかりの場合は を願います)**

羊水検査

母体血清マーカー検査 (クアトロテスト)

新型出生前診断 (母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査)

FAX 宛先 (兵庫医科大学病院 地域医療・総合相談センター) : 0798-45-6002