

## 受診される妊婦さんへのご案内

別紙の予約受付票のとおり、兵庫医科大学病院 産科婦人科の出生前診療外来での遺伝カウンセリングの予約を行いました。当日は以下の要領で受診してください。

妊婦さんやご家族に事前に詳しい情報を入手していただく為に、ホームページを開設していますので、閲覧できる方は事前に資料をお読みください。

＜ホームページの閲覧方法＞

URL：[www.出生前診断.com](http://www.出生前診断.com) または [www.prenatal-diagnosis.org](http://www.prenatal-diagnosis.org)

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」にある「資料 A」「資料 B」を選択してください。

### 【出生前診療外来受診時に持参して頂くもの】

- かかりつけ医からの「紹介状」
- 兵庫医科大学病院の「予約受付票」
- 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となります）
- 当院の診察券（すでにお持ちの方のみ）

＜羊水検査・絨毛検査をご希望の方＞

- 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可。

### □ 注意事項 □

- 受診当日は予約受付票の「来院時間」通りに 1 階初診受付にお越し下さい。
- 「来院時間」に間に合わない場合は遺伝子医療部 0798-45-6347 にお電話下さい。  
（予約時間に来られた方を優先いたしますので、後になることがあります）  
連絡をいただいても 15 分以上の遅刻は、次の予約の方の遺伝カウンセリングが開始されますのでキャンセル扱いとなることがあります。  
連絡なく 15 分以上遅れた場合は自動的にキャンセルとなります。
- 外来受診日に以下の週数であれば、当日の採血が可能です。
  - ◎ 新型出生前診断（NIPT）：妊娠 10 週以降
  - ◎ クアトロテスト（母体血清マーカー検査）：妊娠 15 週以降
- 羊水検査や絨毛検査は当日の検査はできません。
- 採血日にエコー検査は実施しませんので、直前にかかりつけ医にて胎児の状態を確認していただくことをお勧めします。
- 可能な限り、ご夫婦一緒にお越し下さい。
- 当日の受診状況により、診療開始が多少遅れることもありますのでご了承ください。

受診されない場合には、必ず予約キャンセルのお電話をお願いします。  
兵庫医科大学病院 医療支援センター 0798-45-6001

## 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、受診には必ずご予約をお願いします。
2. 予約は分娩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にお願いいたします。  
なお、新型出生前診断（NIPT）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”を当院の医療支援センター宛てにファクス（FAX：0798-45-6002）をお願いします。
4. 近日中に来院日時を記載した通知（予約受付票）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予約受付票（受診日時を記載したもの）
  - ・貴院からの紹介状（2枚目の様式1）
  - ・妊婦さんへのご案内（3枚目）
  - ・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 医療支援センター  
電話 0798-45-6001  
受付時間 8:30～16:45  
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

年 月 日

医療支援センター 宛

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： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ ) 歳 住所： 〒 _____ — _____ 電話番号： _____ — _____ — _____
<b>* 患者情報（以下は必須項目ですので、ご記入願います）</b> <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 ( <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> Vanishing Twin ) 分娩予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※ 凍結胚による妊娠 → 採卵日： _____ 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： _____ )
<b>* 適応（該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を願います） 複数選択可</b> <input type="checkbox"/> 高年妊娠（分娩予定日で 35 歳以上） <input type="checkbox"/> 染色体異常児の妊娠歴・分娩既往歴がある <input type="checkbox"/> NT 肥厚 _____ mm ( _____ 週 _____ 日現在 ) <input type="checkbox"/> 家系内に遺伝性疾患患者がいる（疾患名： _____ ） <input type="checkbox"/> 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： _____ ） <input type="checkbox"/> 顕微受精での妊娠（適応： _____ ） <input type="checkbox"/> 母体血清マーカー検査で陽性（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 / _____ ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）
<b>* 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 <input checked="" type="checkbox"/> を願います）</b> <input type="checkbox"/> 羊水検査 <input type="checkbox"/> 母体血清マーカー検査（クアトロテスト） <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 新型出生前診断（NIPT） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

宛先（兵庫医科大学病院 医療支援センター） FAX：0798-45-6002