

産科主治医の先生へお願い

東京女子医科大学（ゲノム診療科）は、日本医学会 出生前検査認証制度運営委員会によって「NIPTを実施する医療機関（基幹施設）」として認定されました。同運営委員会が提示している指針に沿って検査を実施しています。

この検査を希望される妊婦さんには、当院ゲノム診療科での専門外来でパートナーの方とともに遺伝カウンセリングを受けて頂く必要があります。つきましては、下記「確認項目」の全てを満たすかどうかをご確認いただき、全てを満たす場合には専用の診療情報提供書（2枚目）に必要事項をご記載頂き、妊婦さんにお渡し下さい。検査を受けた妊婦さんのカウンセリング後の妊娠経過および分娩経過の情報についても追行いたします。

大変にお手数をお掛け致しますが、何卒ご配慮下さいます様お願い申し上げます。

東京女子医科大学
産婦人科 教授 田畑 務

東京女子医科大学
ゲノム診療科 特任教授 齋藤 加代子

確認項目

- ①初診日に紹介元の産婦人科からの診療情報提供書を持参できる
- ②出産後に分娩担当医からの診療情報提供書が可能と確認してある
- ③ゲノム診療科初診日、検査実施日に妊娠週数が原則として10週0日から14週6日の間である
- ④多胎（双子や三つ子などの）妊娠ではない
- ⑤原則、遺伝カウンセリングをパートナーとともに一緒に受けることができる
- ⑥検査を受けていずれかの症候群の陽性が出た場合に、東京女子医科大学病院産婦人科で羊水検査を受けることができる
- ⑦羊水検査で染色体の変化が確定した場合、当院に転院できる

診療情報提供書

東京女子医科大学
ゲノム診療科 担当医 殿
認定遺伝カウンセラー 殿

紹介元医療機関
住所：〒 _____ _____
医療機関名： _____
診療科名： _____
紹介医氏名： _____
電話番号： _____ (_____) _____

下記妊婦さんが、非侵襲的出生前遺伝学的検査を希望しておりますので紹介致します。

患者氏名： _____
生年月日： _____年 _____月 _____日 (_____) 歳

診療情報
分娩予定日： _____年 _____月 _____日
凍結胚移植の場合の採卵時点の期日および年齢： _____年 _____月 _____日 (_____) 歳
妊娠週数： 妊娠 _____ 週 _____ 日 (_____ 月 _____ 日現在)
超音波検査： _____ 月 _____ 日時点でのCRL = _____ mm、胎児心拍 (+)・(-)
家族歴・既往歴： なし・あり (詳細： _____)
妊娠歴： なし・あり _____ 回 (詳細： _____)
分娩歴： なし・あり _____ 回 (詳細： _____)

検査適応
(該当する部分の□に✓でチェックして下さい)
<input type="checkbox"/> 胎児が染色体異常 (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
その根拠： _____
<input type="checkbox"/> 染色体異常児の出産既往 (<input type="checkbox"/> 13トリソミー、 <input type="checkbox"/> 18トリソミー、 <input type="checkbox"/> 21トリソミー)
<input type="checkbox"/> 高齢妊娠 (出産予定日時点で35歳以上)
凍結胚移植の場合、採卵時年齢が34歳2か月以上