

NIPT依頼書



1. ご施設名称*

回答を入力

2. ご施設登録コード+登録医師コード (合計6桁) *

回答を入力

3. ご担当医師名*

*氏名の間を一文字空けて入力お願い致します。

回答を入力

4. ご担当医師名(ローマ字)(苗字・名前の順でご入力ください)*

*氏名の間を一文字空けて入力お願い致します。

回答を入力

5. 妊婦様ID*

回答を入力

6-①. 生年月日(西暦)*

生年月日は、MMDDYYYY 8桁で入力して下さい。

回答を入力

6-②. 年齢*

回答を入力

6-③. 性別*

F

7. 採血予定日*

採血予定日は、MMDDYYYY 8桁で入力して下さい。

回答を入力

8. 検査提出専用容器

希望数(個)

回答を入力

9. 人種

アジア人か不明以外は、国名をその他にご記入ください。
例: スペイン人・カナダ人・アメリカ人等(但し、国籍ではありません)

母親*

アジア人

不明

その他: _____

父親*

アジア人

不明

その他: _____

10-①. 出産予定日*

MMDDYYYY 8桁で入力して下さい。

回答を入力

10-②. 妊娠週数*

回答を入力

11-①. 遺伝子異常出産過去歴*

無し

有り

11-②. 有りの場合、過去歴を英語で入力してください

(Enterを押しますと改行し、枠が広がります。)

回答を入力

12. 妊娠の状況*

該当する箇所すべてをチェックして下さい。

IVFでの妊娠

AIHでの妊娠

AIDでの妊娠

自然妊娠

Vanishing twin (双胎児一児死亡)(多胎児一児以上死亡も含む)

13. 検査理由

該当する箇所すべてをチェックして下さい。

Supervision of normal pregnancy (胎児の遺伝子異常の確認)

Advanced maternal age(母体が高齢の為)

① Positive serum screen(特に認められる異常値検査項目)

①の検査項目及び結果を、英語でご記入下さい。

(Enterを押しますと改行し、枠が広がります。)

回答を入力

② Abnormal ultrasound (超音波検査で異常が認められた為)

②の異常について英語でご記入下さい。

(Enterを押しますと改行し、枠が広がります。)

回答を入力

③ Personal or family history of a chromosomal disorder (本人又は家族に、染色体異常が有る為)

③の異常について英語でご記入下さい。

(Enterを押しますと改行し、枠が広がります。)

回答を入力

④ Other reason (その他の理由による)

④その他の理由を英語でご記入下さい。

(Enterを押しますと改行し、枠が広がります。)

回答を入力

14-①. カウンセリング実施状況*

*未実施の場合は採血の前までに、不可の場合は再度の、カウンセリングをお願い致します。

実施

未実施

14-②. 実施日(西暦)

YYYY MM DD

___ / ___ / ___

14-③. カウンセリング実施者

医師

カウンセラー

14-④. カウンセリング実施者氏名

氏名は漢字で入力してください

*氏名の間を一文字空けて入力お願い致します。

回答を入力

15-⑤. カウンセリング受講者氏名

氏名は漢字で入力してください

*氏名の間を一文字空けて入力お願い致します。

回答を入力

15-⑥. 受講者理解度

良

普通

不可

送信

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#)・[利用規約](#)・[プライバシーポリシー](#)

Google フォーム