ご紹介いただく先生へのご案内

### 関西医科大学附属病院 産婦人科 出生前診療外来へのご紹介要綱

【紹介の手順】

１．出生前診断・検査にあたり、周産期遺伝外来で遺伝子カウンセリングを行 いますので、受診前に必ず予約をお願いいたします。

２．予約は予定日が確定してから、妊娠 10 週～妊娠 14 週頃に受診できる時 期にお願いいたします。 なお、NIPT：母体血胎児染色体検査を希望される場合には、妊娠 10 週～

妊娠 13 週までに受診予約をお願いいたします。

３．周産期遺伝外来情報提供書を当院の地域医療連携部宛てに FAX をお願いい たします。（FAX：072-804-2861）

４．一両日中に来院日時のお知らせ（予約通知書）を FAX にて返信いたします。 ただし、予約の関係で検査希望の妊婦さんすべてを当院では対応できない 場合がござい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 FAX 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にてご相談ください。

６．妊婦さんにお渡しいただくもの

・保険証

・関西医科大学附属病院からの予約通知書

・周産期遺伝外来情報提供書

・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 のコピー（梅毒・B 型肝炎・C 型肝炎の方は必須です）

**紹介に関わるお問合せ先**

〒573-1191 大阪府枚方市新町 2 丁目 3 番 1 号 関西医科大学附属病院 地域医療連携部

TEL：072-804-2742

受付時間：8：30～20：00（平日）

8：30～12：30（土曜日） FAX：072-804-2861

# 周産期遺伝外来情報提供書

**関西医科大学附属病院**

**令和 年 月 日**

## 女性診療科 周産期遺伝外来

**紹介元医療機関名 電話**

**ＦＡＸ**

**医師名**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 旧姓 | 性別 | | | 生年月日 |
| **患者氏名** |  | |  | **女 性** | | | **年 月 日生（ 歳）** |
| **住所** | **〒** －  **電話番号 （ ） －** | | | | | | |
| **受診希望日**  **（ ※ 妊娠1３週0日までの 月・水・木 曜日のみ ）**  第１希望 令和 年 月 日（ ）  第２希望 令和 年 月 日（ ）  希望日なし 又は 不都合な日（ ） | | | | | | **関西医大受診歴**  □ 有 （ＩＤ： ）  □ 無 □ 不明 | |
| **待ち状況**  □ 貴院待機中 □ 院外 | |
| **保険情報** | | **※受診当日は必ず保険証原本をご持参くだ さ い 。** | | |  | | |
| ■被保険者証 ■公費負担医療受給者証 | | | | | | | |

下記のとおり患者様を紹介いたします。 （下記項目をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険者番号** | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| **記号** | **番号** |  | | | | |  | | | | |
| **続柄** | | **本人** | | | | **・** | | **家族** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **負担者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **受給者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |

◆ **分娩予定日** ： 令和

年

月

日

◆ **妊娠週数**

* **CRL** ：

◆ **妊娠方法**

：

妊娠

ｍｍ

週

,

◆

日 （

**胎児心拍**

月

日 現在 ）

： （ ＋ ） ・ （ － ） （

月

日 現在 ）

： □ 自然妊娠

□ 人工授精

□ あり （詳細：

□ 体外受精

□ 顕微授精

◆ **家族歴・既往歴** ：

◆ **検査の適応** ： □

□

□

□

□ なし

）

35歳以上（出産予定日に）の高齢出産。

染色体異常の妊娠・出産歴がある。 児が染色体異常に罹患している可能性が高い。

その他 （詳細：

）

◆ **NIPT検査の強い希望の有無** ： □ あり

□ なし

**依頼方法** ：

本用紙をご記入の上、FAXで当院地域医療連携部 （ **072-804-2861** ） までお送りいただき、 周産期遺伝外来のご予約をお申し込みください。 ご予約が確定次第、予約通知書を FAXにてお送りいたします。 （ 希望者が多い場合には先着順での受付となります。 ） 本用紙は患者様にお渡しください。 患者様は受診当日、本用紙をご持参ください。

**関西医科大学 附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号**

地域医療連携部 病診連携課

〔 〕

《受 付》 平日：8時30分～20時 土曜日：8時30分～12時30分

《休診日》 日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始（12/29～1/3）

# 電話 072 - 804 - 2742 FAX 072 - 804 - 2861

**関西医科大学附属病院 周産期遺伝外来 紹介予約申込方法について**

《

》

☆ 当院周産期遺伝外来は予約制となっております。患者さまをご紹介いただく場合は、下記の 要領でお申し込みくださいますようお願いいたします。

**紹介元**

**医療機関さま**

① FAX

**地域医療連携部**

② FAX

③

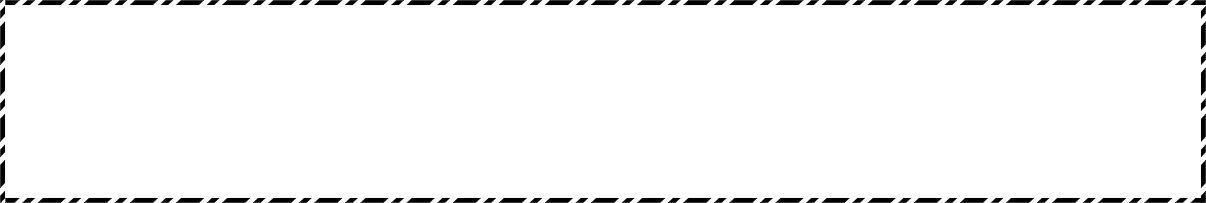
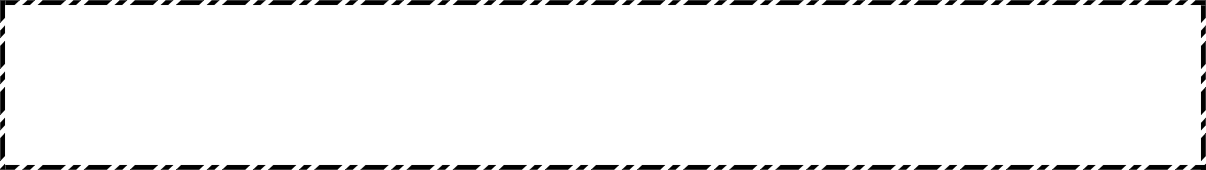
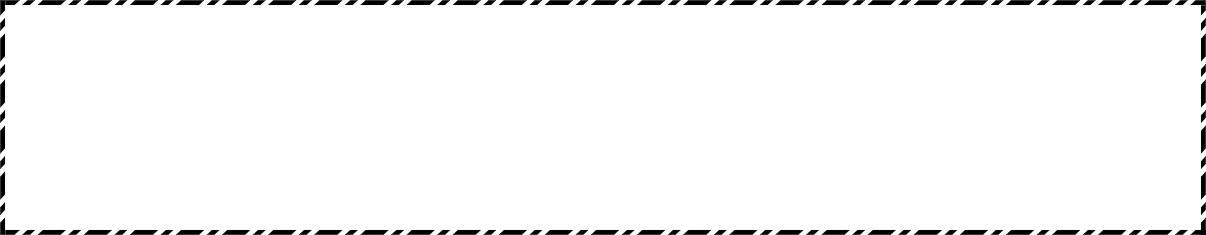
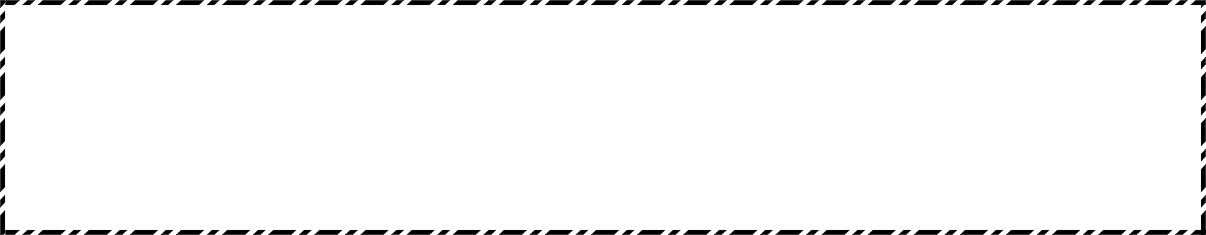
**患者さま**

④ 受診

**関西医科大学**

**附 属 病 院**

## ① FAXにてお申し込みください



●『周産期遺伝外来情報提供書』に必要事項をご記入いただき、下記へFAXしてください。

FAX送信先 ： 関西医科大学附属病院　地 域 医 療 連 携 部

**【 072-804-2861 】**

## ② 『予約通知書』を返信いたします

●受診予約日が確定しましたら、『予約通知書』をFAXにて返信いたします。

※診療科にて申込内容を確認の上、受診予約日を確定いたしますので、お返事に

お時間がかかることがあります。

## ③ 患者さまへお渡しください

●『予約通知書』と『周産期遺伝外来情報提供書』を患者さまへお渡しください。

**④ 患者さま受診**

●『予約通知書』と『周産期遺伝外来情報提供書』、および『保険証等（当院受診歴のある

患者さまは診察券も）』をご持参の上、ご来院ください。

**関西医科大学 附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号**

地域医療連携部 病診連携課

〔 〕

《受 付》 平日：8時30分～20時 土曜日：8時30分～12時30分

《休診日》 日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始（12/29～1/3）

# 電話 072 - 804 - 2742 FAX 072 - 804 - 2861