

## 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をお願いいたします。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

令和 年 月 日

関西医科大学附属病院

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( )		関西医大受診歴 <input type="checkbox"/> 有(ID: ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	第2希望 令和 年 月 日( )		待ち状況 <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外	
	希望日なし 又は 不都合な日( )			
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			
保険者番号		負担者番号		
記号 番号		受給者番号		
続柄	本人 ・ 家族			

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)

◆ 分娩予定日	: 令和 年 月 日
◆ 妊娠週数	: 妊娠 週 日 ( 月 日 現在 )
◆ CRL	: mm , ◆ 胎児心拍 : ( + ) ・ ( - ) ( 月 日 現在 )
◆ 妊娠方法	: <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
◆ 家族歴・既往歴	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (詳細: )
◆ 検査の適応	: <input type="checkbox"/> 35歳以上(出産予定日に)の高齢出産。 <input type="checkbox"/> 染色体異常の妊娠・出産歴がある。児が染色 <input type="checkbox"/> 体異常に罹患している可能性が高い。 <input type="checkbox"/> その他 (詳細: )
◆ NIPT 検査の強い希望の有無	: <input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> 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

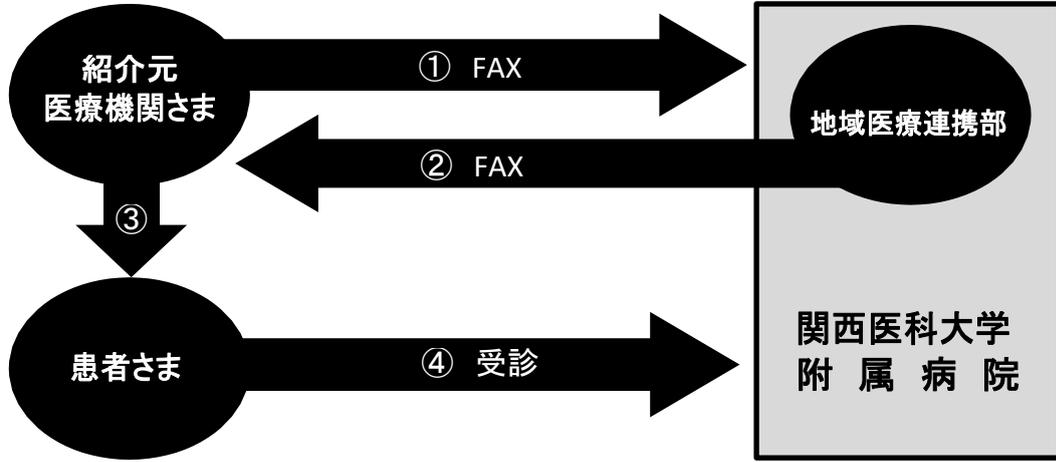
FAX 072-804-2861



# 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。



## 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 》  
《 休診日 》

平日:8時30分~20時 土曜日:8時30分~12時30分  
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