

成育医療・女性科 (NIPT外来枠) 初診申込書

受診希望者の同意のもと、この申込書を送付し予約を希望します。

西暦 年 月 日

岐阜大学医学部附属病院医療連携センター宛

医療機関： _____

担当部署： _____

担当者： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

所在地： _____

受診希望者について

フリガナ 氏名		男 女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
電話番号		
現在の状況 及び 特記事項	現在在胎週数： 週 日 「→決定のしかた 1. 最終月経 2. CRL 3. その他 ()」 出産予定日： 令和 年 月 日 (歳) 診療科： 産婦人科・ (科) (入院中 ・ 通院中) 主治医： 当院受診歴の有無 (有 ・ 無) 当院で過去にNIPTの遺伝カウンセリング受検の有無 (有 ・ 無) 有の場合に限り、NIPTの妊婦検診/遺伝カウンセリング/採血を同日に実施可能です。同日実施を希望されますか？ (はい・いいえ) ↓ 特記事項：	

※事前に受診希望者の情報を登録しますので、正確にご記入ください。

日時等を調整後、医療連携センターから原則として約 30 分以内に予約状況を FAX で返信します。

(受付時間は平日午前 8 時 30 分～午後 5 時です。午後 5 時以降送信されたものについては、翌朝返信します。休日の前日の午後 5 時以降の場合は、休み明けの朝となります。)