

診療情報提供書（胎児スクリーニング超音波検査依頼専用）

下記の通り、検査を検討しておりますので、ご紹介させていただきます。

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院	紹介元医療機関
産婦人科 超音波スクリーニング外来 御中	
TEL 055-948-3111/ FAX 055-948-2103	
受診希望日① 月 日	
受診希望日② 月 日	
※予約は火曜日・木曜日午後となります。	
医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX	
医師名	

フリガナ		男 ・ 女	(生年月日)
患者氏名			年 月 日 歳
現住所	〒	電話番号	

当院受診歴 有 ・ 無

紹介目的	次にチェック/記載をお願いいたします。 ☐ 胎児スクリーニング超音波検査				
分娩予定日	年 月 日				
妊娠週数	妊娠 週 日 【 月 日現在】				
妊娠週数算出方法	☐ 最終月経 ☐ 超音波 ☐ 体外受精周期 ☐ 排卵日指定 ☐ 決定方法未確定				
妊娠初期CRL	mm 胎児心拍 (+) ・ (-) 【 月 日現在】				
妊娠歴	妊 産 (流産回数 回)				
妊娠方法	☐ 自然妊娠 ☐ 人工受精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精				
家族歴・既往歴	なし・あり (詳細:)				
投薬内容	※ 特記事項がある場合は、ご記載願います。				
分娩予定先	☐ 貴院 ☐ 当院 ☐ その他 ()				

備考（該当箇所にチェックをお願いいたします。）

- ☐ 検査は妊娠20週～30週の妊婦さんが対象です。
- ☐ この検査は完全予約制になります。ご予約につきましては紹介元医療機関様から地域医療連携室へ申込いただく必要があります。
- ☐ 検査は受診日に実施いたします。
- ☐ 受診結果については、紹介元医療機関の先生へお送りします。

注意事項

- ☐ 妊婦健診や既に胎児疾患が疑われる場合には予約対象外となりますので、産科一般外来または胎児超音波精査外来へご紹介をお願い申し上げます。