

## NIPT チェックシート

記入日 平成 年 月 日

患者氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

分娩予定日 年 月 日

(LMP 起算 CRL 確認 ・ CRL 起算 ・ 胚移植日起算)

①NIPT の適応がある (下記いずれかに当てはまる必要があります)

- 分娩予定日に満 35 歳以上である  
凍結胚移植の妊娠では採卵時の年齢が満 34 歳 2 ヶ月以上である
- これまでの妊娠・出産で児が対象疾患(21・18・13 トリソミー)であった
- 現在の胎児に超音波検査などで対象疾患の可能性の上昇を指摘された

②さらに下記すべてに当てはまる必要があります

- 現在妊娠 8 週以上で分娩予定日が確定している
- 当院遺伝相談外来受診予約日時点で妊娠 9 週 0 日～13 週 6 日である
- 多胎妊娠ではない
- 超音波検査で明らかな形態異常がない  
(明らかな形態異常がある場合には羊水検査をおすすめします)
- 自院、もしくは他院で分娩した場合、検査後の経過について報告することができる
- ご夫婦での遺伝相談外来受診が可能である

ご施設名

ご担当医