

産婦人科（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総合患者サポートセンター宛

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。