

(宛先)

NIPT 検査申込書

名市大 西部医療センター
(地域医療連携センター)
FAX 番号 (052) 856-0049

《申込医療機関》

医療機関名 _____ 医療機関連絡 (スタッフ名) _____

TEL _____ FAX _____ 申込日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

妊娠 10 週 6 日までにお申し込みください。

妊娠週数・日数 妊娠 ____ 週 ____ 日 (申込み時点)

出産予定日 ____ 年 ____ 月 ____ 日予定

毎週月曜日 午前に産婦人科、午後にゲノム医療センターへの受診となります。

妊娠 11 週 0 日~14 週 6 日までで希望日をご記入ください。

第 1 希望日: ____ 月 ____ 日 (月) [希望日での妊娠週数・日数 妊娠 ____ 週 ____ 日]

第 2 希望日: ____ 月 ____ 日 (月) [希望日での妊娠週数・日数 妊娠 ____ 週 ____ 日]

第 3 希望日: ____ 月 ____ 日 (月) [希望日での妊娠週数・日数 妊娠 ____ 週 ____ 日]

※夫・パートナー様とご一緒にご来院ください (お子様の同席をご遠慮願います)。

※診療情報提供書 (産婦人科・ゲノム医療センター) も一緒に FAX をお願いします。

フリガナ 患者氏名		昭和	平成
電話番号	—	女	年 月 日生まれ
住所	都 道 市 郡 区 府 県 町 村		
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 ()		

〈西部医療センターからの予約日時の回答がありましたら、下記に記載して患者様にお渡してください〉

-----きりとり-----

《 予 約 票 》

診察券番号【 _____ 】 予約日【 ____ 月 ____ 日 ()】

予約時間【産婦人科 : _____】【ゲノム医療センター : _____】

【患者様へ】

- ◆産婦人科予約時間の 30 分前に 1 階①番地域医療連携窓口にお越しください。
- ◆夫・パートナー様とご一緒にご来院ください (お子様の同席をご遠慮願います)。
- ◆キャンセル・変更は、地域医療連携センターにご連絡ください。

西部医療センター地域医療連携センター直通電話 052-991-8145