

## NIPT（母体血胎児染色体検査）事前チェックリスト

NIPT（母体血胎児染色体検査）を実施するにあたり、このリストにチェックいただき、FAX申込み時に併せて情報提供をお願い致します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_ 紹介医師名 \_\_\_\_\_

以下の事項をご確認いただき、全項目でチェックが付けばFAX予約が可能です。

- 受診時にかならずパートナー同伴で来院していただけること（必ずしも婚姻関係になくてもよい）
- 医療機関からの紹介であること
- NIPT検査をうける場合には当院での遺伝カウンセリングを受けていただく必要があること（1時間程度）
- NIPTの受診予約を取った日が妊娠10週から17週の間であること
- NIPTの検査費用が20万円程度かかること
- 単胎もしくは双胎妊娠であること（3つ子以上は検査できません）

東京慈恵会医科大学附属病院 患者支援・医療連携センター医療連携室

電話 03-5400-1202

FAX 03-5401-1879