|  |
| --- |
| （様式6）　母体血を用いた出生前遺伝学的検査実施報告書　(実施症例毎)　　平成29年1月20日改訂-施設認可後**6**ヶ月ごとに提出して下さい。- |
| (1) 実施施設および担当者 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |  | 　 |
| 　施設名 |  | 部署名 | 実施責任者名 　　印 |
| ①（本項は、NIPT検査前の遺伝カウンセリング実施妊婦全例が対象　＊注：NIPT実施例／不実施例の両者を含む）　 NIPT検査前の遺伝カウンセリング実施者　本務先所属・部署･氏名：　 NIPT実施者　本務先所属・部署･氏名： |
| ②（本項は、NIPT結果陽性例のみ記載のこと　＊注：確定検査実施例／不実施例の両者を含む）　 NIPT検査後･確定検査前の遺伝カウンセリング実施者　本務先所属・部署･氏名：　 確定検査実施者　本務先所属・部署･氏名：　 確定検査後の遺伝カウンセリング実施者　本務先所属・部署･氏名：  |
| (2) 日本医学会　「遺伝子・健康・社会」検討委員会「母体血を用いた出生前遺伝学的検査」施設認定・登録部会 施設認定番号（認可証の右上に記載）20 -　　、症例番号（各施設において症例ごとに適宜お決めください）：　　 |
| (3)　対象妊婦情報　　診断時年齢（　　　）歳　　　診断該当項目 1. 胎児超音波検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された 2. 母体血清マーカー検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された 3. 染色体数的異常を有する児を妊娠した既往がある 4. 高齢妊娠 5. 両親のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有していて、胎児が13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性が示唆される |
| (4)　遺伝カウンセリング （実施年月日と内容を記載） |
| (5)　採血：不実施　・　実施　（平成　　　年　　　　月　　　　日） |
| (6)　NIPT結果報告日：　（平成　　　年　　　　月　　　　日）　　　　　　　　　　　　　陽性　／　保留**（：再検査の場合を含む）** |
| 染色体 | 所見 | 備考 |
| 13番 |  |  |
| 18番 |  |  |
| 21番 |  |  |
| (7)　確定検査 | 所見 | 人工妊娠中絶 | 備考 |
| □羊水穿刺□絨毛検査 |  | 　無　　**／**　　有**※消さずに、必ずどちらかに○を付ける。****⇒「有」の場合：**（**単・他　　　胎**） |  |
| (8)　最終診断結果の説明内容の概要を記載して下さい |
| (9)　妊娠の転帰 \*注）妊婦・児の転帰です。出生児に何らかの異常が認められた場合にも記載してください。　　 |