

胎児超音波スクリーニング外来チェックリスト

▽紹介元情報

医療機関名	
担当医氏名	
住所	〒
	TEL : FAX :

▽患者情報

ふりがな 患者氏名	
生年月日(年齢)	西暦 年 月 日(歳)
緊急連絡先(携帯電話等)	
分娩予定日 算出方法	西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 最終月経 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 体外受精周期 <input type="checkbox"/> 排卵日
胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎(DD) <input type="checkbox"/> 双胎(MD)
妊娠分娩歴	妊 産 ※今回の妊娠を含む
特記事項	

《受診当日の持ち物》

- ・ 母子健康手帳
- ・ マイナンバーカードまたは保険証
- ・ 当院の診察券(お持ちの方)
- ・ 胎児超音波スクリーニング外来チェックリスト(原本)
- ・ 「当院で診察をお受けになる患者さんへ」問診票
- ・ 妊娠中の胎児超音波検査について ※同意書となりますのでサインをしてご持参ください

《注意事項》

- ・ ご家族の付き添いは原則必要ありませんが、同席は可能です。ただしお子さまの付き添いはご遠慮ください。
- ・ 感染症罹患や体調不良等ある場合は、事前にご連絡ください。また、コロナウイルスへ罹患された場合は10日以上経過後の受診をお願いしています。ご了承ください。