

産科主治医の先生へのお願い

東京女子医科大学では、無侵襲的出生前遺伝学的検査（母体血を用いた出生前遺伝学的検査）を NIPT コンソーシアムによる臨床研究の一環として行っています。本検査は、遺伝カウンセリングに関する研究の一環として、日本産科婦人科学会の指針や関係 5 団体の共同声明に沿って行われます。

この臨床研究への参加とこの検査を希望される妊婦さんには、当院遺伝子医療センターでの専門外来でパートナーの方とともに遺伝カウンセリングを受けて頂く必要があります。つきましては、下記「当院における臨床研究参加のための 9 項目」の全てを満たすかどうかをご確認いただき、全てを満たす場合には専用の診療情報提供書（2 枚目）に必要事項をご記載頂き、妊婦さんにお渡し下さい。本研究では、検査を受けた妊婦さんのカウンセリング後の妊娠経過および分娩経過の情報についても調査対象としております。

大変にお手数をお掛け致しますが、よろしくご配慮下さいます様お願い申し上げます。

附属遺伝子医療センター長
斎藤加代子
母子総合医療センター
小川 正樹

当院における臨床研究参加のための9項目

- ①超音波検査により分娩予定日が決まっている
- ②原則として当院産婦人科で分娩する
- ③遺伝子医療センター初診日に当院産婦人科からの診療情報提供書を持参できる
- ④遺伝子医療センター初診日と検査実施日に妊娠週数が原則として 10 週 0 日から 14 週 6 日の間である
- ⑤多胎（双子や三つ子などの）妊娠ではない
- ⑥検査前に最低 2 回遺伝カウンセリングをパートナーとともに一緒に受けることができる
- ⑦検査を受けた場合、結果の説明時の遺伝カウンセリングもパートナーと一緒に受けることができる
- ⑧説明書を事前に読んでいる
- ⑨検査前後のアンケートに回答できる

診療情報提供書

附属遺伝子医療センター

担当医 殿

認定遺伝カウンセラー 殿

診療科名： _____ 産婦人科 _____

紹介医氏名： _____

下記妊婦さんが、無侵襲的出生前遺伝学的検査を希望しておりますので紹介致します。

患者氏名： _____ 身長： _____ cm 体重： _____ kg

生年月日：昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

住所：〒 _____

電話番号： _____ (_____) _____

診療情報

分娩予定日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

凍結胚移植の場合の採卵時点の期日および年齢：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

妊娠週数：妊娠 _____ 週 _____ 日 (_____ 月 _____ 日現在)

超音波検査： _____ 月 _____ 日時点でのCRL= _____ mm、胎児心拍 (+)・(-)

家族歴・既往歴：なし・あり (詳細： _____)

妊娠歴：なし・あり _____ 回 (詳細： _____)

分娩歴：なし・あり _____ 回 (詳細： _____)

検査適応

(該当する部分の□に✓でチェックして下さい)

胎児が染色体異常 (13トリソミー、18トリソミー、21トリソミー) のいずれかに罹患している可能性が高いと推測される

その根拠： _____

染色体異常児の出産既往 (13トリソミー、18トリソミー、21トリソミー)

高齢妊娠 (出産予定日時点で35歳以上)

凍結胚移植の場合、採卵時年齢が34歳2か月以上