

妊娠中の出生前検査についての希望票

北村医院

記入日：平成 年 月 日

氏名 (自署)

該当する□にチェック(✓)を入れて、受診時に受付へご提出ください。

妊娠中の検査でわかる赤ちゃんの情報について、ご希望を示して下さい。

- すべて知りたい
- 知りたくない情報がある
 - 赤ちゃんの性別 は知りたくない
 - 赤ちゃんの病気などに関していっさい知らせて欲しくない *3
 - 大きな病気（疑いや可能性も含めて）については知りたいが、
生命に関わらない小さな異常は知りたくない *3
- その他の希望 →

オプション検査名	実施時期		料金 *1
胎児の形態異常に関する検査（染色体異常については分かりません）			
胎児超音波検査			
初期検査	11-13週	<input type="checkbox"/> 希望します	¥ 5,000 *2
妊娠中期	20-30週	<input type="checkbox"/> 希望します	¥ 5,000 *2
染色体異常・ダウン症候群に関する検査			
超音波遺伝カウンセリング	（検査を受けられる方は必須になります）		¥ 6,000(30分)～
	（延長 10分に付き¥2,000円、超音波検査施行時は¥5,000円追加）		
非確定的・胎児染色体スクリーニング検査			
超音波初期マーカー検査	11-13週	<input type="checkbox"/> 希望します	¥ 25,000 *2
	検査結果は同日（超音波検査を含む）（確定的検査を希望される場合、後日行います。）		
クアトロ検査	15-18週	<input type="checkbox"/> 希望します	¥ 30,000
	検査結果は2週間以降（確定的検査を希望される場合、後日行います。）		
確定的・胎児染色体検査			
絨毛染色体検査	11-15週	<input type="checkbox"/> 希望します	¥ 130,000 *2
羊水染色体検査	15週以降	<input type="checkbox"/> 希望します	¥ 130,000 *2

*1 妊婦健診の時に胎児の心拍確認のために行う簡易超音波検査は妊婦健診料金の中に含まれています。

*2 多胎妊娠の精密超音波検査料金は、双胎では1.5倍、三胎では2.0倍とさせていただきます。

*3 詳細については外来担当医と御相談下さい。