

## 胎児心エコースクリーニング・検査説明書

希望されるお母様に  
お渡しください

赤ちゃんが生まれつき心臓や血管の異常をもつ割合は、100人に1人くらいで、その約半分が生後1年以内に治療が必要になると言われています。生まれる前に診断がつけば、適切な分娩の時期や方法を選択でき、出生後の管理を計画でき、非常に有用です。ご希望される場合は、かかりつけ医の先生を通じてお申込みください。

- 対象の妊娠週数は、25週～35週です
- 料金は3000円(自費)です
- 検査は予約制(木曜日 14:00～16:30)で、約30分でおこないます
- 予約数に限りがあり、日時など、ご希望に添えないこともあります

### 検査当日

- ①予約票、②保険証・各種医療証、③母子手帳を忘れずにお持ちください
- 検査時間の15分前までに、初診受付までお越しください  
検査開始時刻に間に合わない場合、検査が受けられないこともあります
- 来院できない場合は、お早めにご連絡ください  
体調不良などの場合は、検査に来院せずに、かかりつけ医の先生にご相談ください

### 検査結果

- 結果は、かかりつけ医の先生に、1週間程度で郵送させていただきます  
検査当日、検査結果の説明はありません
- 「パス(合格)」の場合  
出生後に急変する心臓病の可能性は、かなり少ないと考えられます。  
(赤ちゃんの体の向きにより検出が難しいものや、出生前は正常でも出生後に胎児期の循環形態が残るものなど、必ずしも全ての診断がつくわけではありません。)
- 「要精査」の場合  
胎児の心臓病の専門機関での精密検査が望ましいと考えられます。  
(ただちに心臓の異常を意味するものではありません。)

独立行政法人国立病院機構  
大阪南医療センター 産婦人科  
TEL 0721-53-5761 (病院代表)  
地域医療連携室(予約の変更・キャンセルの連絡)  
TEL 0721-50-4415 (直通)

大阪南医療センター  
胎児心エコースクリーニング  
予約申込書

[送信先] 大阪南医療センター地域医療連携室

FAX : 0721-50-4416

【地域医療連携室受付時間は 月～木曜日 9:00～17:15 / 金曜日 9:00～20:00 / 土曜日 9:00～13:00 となります。】 \* (ただし、上記曜日で祝日の場合は対応していませんのでご了承下さい。)

年 月 日

患者様氏名	(フリガナ)	旧姓(名字変更の場合記入)	生年月日
住所	〒	—	電話番号
当院での受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号: )		
妊娠週数	現在妊娠 週 日	妊娠予定日	月 日
医療機関名 住所 医師名		電話番号	
		FAX 番号	

検査希望日 (木曜午後)	① 月 日	② 月 日	③ 月 日
-----------------	-------	-------	-------

- \*必ずお母様に「胎児心エコースクリーニング・検査説明書」をお渡してください。
- \*検査は予約制です。予約状況により希望日時に添えないことがあります。
- \*検査結果の報告は、郵送で1週間以内にさせていただきます。  
万一報告が届かない場合はご連絡ください。

独立行政法人国立病院機構  
大阪南医療センター  
地域医療連携室  
TEL 0721-50-4415 (直通)  
TEL 0721-53-5761 (代表)