

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・同意書

[送信先] 地域医療連携室
FAX : 0721-50-4416

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
			年 月 日生
住 所	〒	電話番号	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券番号:)		
妊 娠 週 数	現在妊娠 週 日	出産予定日	月 日
医療機関名 住所 医師名		医療機関 電話番号	
		医療機関 FAX番号	
検査希望日 (木曜午後)	① 月 日	② 月 日	③ 月 日

同意書

私は検査内容について医療者より説明を受け、検査を受けることに同意します。
また検査中に予想外の処置をする必要が生じた場合は、適宜処置されることについても同意します。

年 月 日

患者様氏名 (自署)

同意者氏名 (自署)

(患者様との続柄:)

医療者確認欄

説明者名 (自署)

大阪南医療センター 地域医療連携室

TEL 0721-50-4415 (直通) 0721-53-5761 (代表)

受付時間 月～木曜日 9:00～17:15 / 金曜日 9:00～20:00 / 土曜日 9:00～13:00 ※祝日除く

※必ずお母さまに「胎児心エコースクリーニング・検査説明書」をお渡しく下さい。

※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。万一届かない場合はご連絡ください。

2023/6/1改訂

胎児心エコースクリーニング・検査説明書

希望されるお母さまにお渡してください

赤ちゃんが生まれつき心臓や血管の以上を持つ割合は、100人に1人くらいで、その半数が生後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、また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し込みください。

- ◆ 対象の妊娠週数は、**25週～35週**です
- ◆ 料金は**3,000円（自費）**です
- ◆ 検査は**予約制（木曜日14:00～16:30）**で、約30分で行います
- ◆ 予約数に限りがあります。日時などご希望に添えない場合もございます

検査当日

- ◆ **①予約票、②保険証・各種医療証、③母子手帳** 以上3点を忘れずにお持ちください
- ◆ 検査時間の15分前に、初診受付までお越しください
開始時間に間に合わない場合、検査が受けられないこともございます
- ◆ 来院できない場合は、お早めにご連絡ください
体調不良等の場合は、検査に来院されずに、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
出生時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)