

(様式6) NIPT 実施報告書 (年次報告)

報告日：西暦 年 月 日

施設・機関名	
--------	--

NIPT 実施体制における施設の位置づけ：下記いずれかに○を記入

 基幹施設 連携施設（暫定連携施設）：連携施設（暫定連携施設）の場合は連携先の基幹施設名を下記に記載

連携先基幹施設名（ ）

報告責任者に関する情報

氏名：

連絡先 e-mail アドレス：

報告担当者（報告責任者と同じであれば記入不要）

氏名：

連絡先 e-mail アドレス：

本報告に関する施設内の問い合わせ先

住所：

電話番号：

本報告の年 西暦（ ）年度

以下は、当該年度の4月1日から翌年3月31日までの実施内容・情報について記載してください。

検査会社に関する報告

会社名：

代理店（ある場合）：

※契約書のコピーを添付してください。

※契約している検査会社が複数ある場合は、上の行を追加し記入してください。また全ての検査会社の契約書のコピーを添付してください。

検査に関する報告

(1) NIPT に関する遺伝カウンセリングを実施した総数	
(2) NIPT に関する遺伝カウンセリング後に NIPT 検査を受けなかった妊婦数	
(3) NIPT を受けた妊婦数	
初回 NIPT 検査結果	
(4) 陽性数	
(5) 陰性数	
(6) 判定保留数	
判定保留例の最終的な結果	
(7) 再検査陽性数	
(8) 再検査陰性数	
(9) NIPT 結果未確定数(そのうち、他の出生前検査を受けた数)	()

(10) 受検者の年齢分布

年齢	～19 歳	20～24 歳	25～29 歳	30～34 歳	35～39 歳	40 歳以上
受検者数						

(11) 検査週数分布

週数	9 週以下	10 週	11 週	12 週	13 週	14 週	15 週	16 週	17 週以上
受検者数									

(12) 陽性の内訳 全数(うち 35 歳未満の数)

	13 トリソミー	18 トリソミー	21 トリソミー
NIPT 陽性数	()	()	()
陽性のうち、NIPT の結果判明前に IUFD となった数	()	()	()

陽性のうち、確定的検査受検数	()	()	()
トリソミーの診断確定数	()	()	()
確定診断後、妊娠継続の意思を示した数	()	()	()
確定的検査未受検で、妊娠継続の意思を示した数	()	()	()
確定的検査の結果判明前に IUFD となった数	()	()	()

(13) 陰性後、胎児・新生児疾患が判明した症例数（当該年に施行した NIPT 症例）

13トリソミー	18トリソミー	21トリソミー	その他

(14) 陰性後、胎児・新生児疾患が判明した症例数（当該年の前年に施行した NIPT 症例）

13トリソミー	18トリソミー	21トリソミー	その他

遺伝カウンセリング体制に関する報告

(15) 遺伝カウンセリングを担当した医師

専門分野	臨床遺伝専門医	NIPT に関する研修修了認定を受けた医師
産婦人科専門医	名	名

専門分野	臨床遺伝専門医	出生前コンサルト小児科医
小児科専門医	名	名

専門分野	臨床遺伝専門医	医師の専門分野の内容
その他の専門分野の医師	名	

医師以外で遺伝カウンセリングに関わった医療者

認定遺伝カウンセラー	認定遺伝看護専門看護師	遺伝カウンセリングに関わった非医師総数
名	名	名

医療連携に関する報告

(16)出生前コンサルト小児科医紹介数 *受診が把握できた数を記載	名
(17)基幹施設紹介数（連携施設のみ）	名

以上の記載とともに症例の対応がすべて適切であったことを報告いたします。

報告担当者（記載者） 署名 (署名日 年 月 日)

施設責任者（部署長もしくは院長）署名 (署名日 年 月 日)

※検査実施報告については、分析等を実施し、個々の施設が特定できない形で、国におけるNIPT等の出生前検査に関する専門委員会に報告を予定している。