

胎児 3D/4D 超音波外来について

当院で出産されない方でも、お腹の赤ちゃんの 3D/4D エコーを受診頂ける様になりました。

- ① 木曜日の午前中にのみ実施しております。
ご家族の方の同伴は可能です。
予約時間は午前 9 時 30 分、10 時 30 分、11 時 30 分の一日 3 組まで受け付けて
おります。
- ② 妊娠 18 週から 32 週の方にさせていただきます。(妊娠週数的に一番見えやすいためです。)
- ③ 胎児エコー画像の DVD 録画と写真のお渡しとなります。
- ④ 所要時間は約 30 分～60 分です。
この時間内で、3D/4D エコー、DVD や写真のご用意、産科 Dr のお話があります。
- ⑤ 当日に持参していただくもの：保険証・印鑑・母子手帳・検査料金(5400 円)

【注意事項】

- ・ 胎児診断的検査は行いません。よって、胎児に異常があるかの質問にはお答えできません。
 - ・ 3D・4D エコーによる画像提供を目的としていますので、胎児異常の有無などはこの超音波では行いません。よって現在、妊婦健診を受けている診療先があり、現段階の妊婦健診で異常のないことが前提となります。当日は念の為、母子手帳をご持参下さい。
 - ・ 万が一、診療先(妊婦健診先)に連絡の必要があると判断した場合は、診療先へ直接連絡をとらせて頂く事がありますのでご了承下さい。
 - ・ 費用は自費で 5400 円(税込)となります。
 - ・ 胎児の位置・体勢や母体腹壁の厚みなどによりお顔が見えない場合や、ご希望される画像が撮れない場合がございます。あらかじめご了承ください。
 - ・ 前日までの電話予約(平日 9 時から 17 時)となり、予約時間 30 分前にご来院下さい。
- * 上記内容に同意いただけましたら、同意書(次頁)に記入後 FAX (072-982-5503) で送信して頂くか、当日持参または来院時にご記入をお願いします。(印鑑ご持参下さい)



胎児3D/4D超音波外来における同意書

(記入日 年 月 日)

・氏名 : ⑩

・住所 :

・連絡先 : 自宅TEL () —

または

携帯TEL () —

(* 日中連絡のとりやすい番号をお願いします。)

・出産予定日 : 年 月 日
.....

・診療先(妊婦健診)病院名 :

・診療先(妊婦健診)TEL : () —

説明書の内容に同意します。

現在、妊婦健診を受けている診療先がある。

妊婦と胎児について診療先へ連絡の必要がある場合は当院から連絡が可能である。

上記項目に同意頂きましたら、にをお願いします。

* よろしければ、当院についてどちらでお知りになりましたか、お聞かせ下さい *

当院に受診歴あり・当院ホームページ・知人・その他()

