

3D エコーによる胎児のカラー画像提供に関する申込書

【目的】

本件は、妊婦健診、診療ではありません。お腹の中の赤ちゃんの表情や動きを見て楽しんでいただく時間を提供することを目的とし、その記念として画像の提供を行っております。臨床検査技師が実施にあたりますので、胎児計測、胎児異常の有無、発育状態や性別等はお答えできませんので、御了承ください。

なお、妊婦さんや胎児に急変が起きた場合は対応いたします。

【撮影について】

撮影は妊娠 25～35 週頃が適していますが、妊娠週、羊水の量、赤ちゃんの向きなどによって画像化できない場合もございます。撮影時にはお腹にジェルをぬり、プローブと呼ばれる探触子をお腹に当てて胎児の動いている様子などをリアルタイムで見せていきます。

【画像の提供について】

カラー写真をプリントアウト(サイズ 144×100 mm して、原則 3 枚)をお渡しいたします。なお、DVD、CD 等による画像の提供及び録画は行っておりません。また、当日のビデオ・写真撮影はご遠慮ください。

【料金】

5,400 円(自費)となっております。なお、本件では御満足いただけない場合でも料金は発生します。上記を目的としておりますので、ご了承ください。

【申込と承諾】

私は、3D エコーによる胎児のカラー画像提供料について、内容を十分に理解し納得しましたので、下記内容を記載して申込みを行います。

実施予定日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (妊娠 _____ 週目)

患者 I D： _____

申込者署名： _____

電話番号： _____

実施臨床検査技師 (サイン)： _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日