紹介状（診療情報提供書）

紹介元医療機関：　　電話番号：
診療科名：　　FAX 番号：
紹介医師名：

下記患者が精子凍結を希望しておりますので、紹介いたします。

患者氏名（ふりがな）			
生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）		
緊急時連絡先（携帯など）			
パートナーの有無	□　有（既婚・未婚）　□　無		
受診	□　可　□　不可　□　入院中		
射精	□　可　□　不可　□　わからない		
同伴者	□　有（　　）　□　無		
診断および臨床進行期			
原疾患治療までの猶予期間			
精巣機能廃絶リスク：	□　低リスク	□　中間リスク	□　高リスク

【既往治療・今後の治療予定について】

手術：	施行予定（　　年　　月　　日）
	施行予定なし・未定
精巣腫瘍の場合	Onco-TESE の希望　□　有　□　無
放射線治療：	施行予定（　　年　　月　　日から）
	施行予定なし・未定
化学療法：	施行予定（　　年　　月　　日から　　ヶ月）
	施行予定なし・未定
内分泌療法：	施行予定（　　年　　月　　日から　　ヶ月）
	施行予定なし・未定

【1 年以内感染症結果（実施日、結果）】

梅毒	HbAg	HCV	HIV
／（＋　－）	／（＋　－）	／（＋　－）	／（＋　－）
クラミジア IgG	クラミジア IgA		
／（＋　－）	／（＋　－）		