

紹介状（診療情報提供書）

女性

紹介元医療機関：

電話番号：

診療科名：

FAX 番号：

紹介医師名：

下記患者が卵子・胚（受精卵）の凍結を希望しておりますので、紹介します。

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	無・有（既婚・未婚）
妊娠	無・有（妊娠回数： 回、出産回数： 回）
現在の児数	無・有（同居 人、非同居 人）
月経	最終月経： 年 月 日
	月経周期： 日～ 日 順/不順
既往症・合併症	無・有（ 歳： ）
診断および臨床進行期	
診断日	年 月 日
原疾患治療までの猶予期間	
卵巣機能廃絶リスク：	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> ほぼなし <input type="checkbox"/> 不明

【既往治療・今後の治療予定】

手術	施行予定（ 年 月 日）
	施行予定なし・未定
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
/ (+ -)	/ (+ -)	/ (+ -)	/ (+ -)
結果未	結果未	結果未	結果未

結果未の場合は、後日結果を送付、FAX ください