紹介状（診療情報提供書）　　男性用

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
診断名および臨床期	
診断日	年　　月　　日
原疾患治療までの猶予期間	
精巣機能廃絶リスク：	□高　□中　□低　□ほぼなし　□不明

【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
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
入院予定	□あり（　　月　　日） □入院中　精子凍結のための一時退院は不要

【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、採血未の場合、後日採血結果の郵送または FAX をお願いします