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			
原疾患治療までの猶予期間			
卵巣機能廃絶リスク：	□　低リスク	□　中間リスク	□　高リスク

【既往治療・今後の治療予定】

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
クラミジア IgG	クラミジア IgA		