

妊孕性温存の診療情報提供書

年 月 日

第二協立病院ARTセンター 宛

紹介元医療機関

診療科

主治医

電話番号

所在地

フリガナ

患者氏名：

生年月日：S・H 年 月 日（ 歳）

住所：

TEL：

緊急連絡先（ご本人以外）

受診希望日

第一希望 月 日 AM・PM

第二希望 月 日 AM・PM

第二希望 月 日 AM・PM

病名：

告知：（済・未）

現病歴：

今後の治療予定（手術・化学療法の種類・放射線治療・その他）

☐未定

☐予定（ ）

がん治療開始までの時間的猶予（いつごろまでにがん治療開始するのが望ましい）

☐約1週間以内 ☐約2週間以内 ☐約1ヶ月以内 ☐約2か月以内

☐その他（ ）

現在投与中の薬剤

（ ）

当院への受診（可・不可・入院中）

配偶者（有・無）

射精（可・不可・不明）※男性の場合

内診（可・不可・不明）※女性の場合

同伴できる家族（ ）

感染症（済・未） 項目 ☐HBs ☐HBc ☐HCV ☐TPHA ☐RPR ☐HIV

結果 ☐全て陰性 ☐陽性項目あり（ ）

医療法人協和会 第二協立病院 ARTセンター

FAX：072-789-1428

[TEL:072-758-1123](tel:072-758-1123)（代表）

*FAX送付後は必ずお電話でご連絡をお願い致します。