

妊孕性カウンセリング外来への紹介状

年 月 日

〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110 番地

山梨大学医学部附属病院

TEL : 055-273-1111 (代表)

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

医師氏名

産婦人科 不妊外来

大木麻喜 小川達之 宛

フリガナ 患者氏名		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	男
紹介元 施設患者 ID				
患者住所	〒		TEL:	- -
山梨大学医学部附属病院にかかったことはありますか。 ID No. _____			ある ・ ない	

平素よりお世話になっております。

下記患者は、当科疾患の治療にあたり妊孕性に関してカウンセリングを希望されています。

ご高診よろしくお願ひ申し上げます。

- 推奨される紹介時期は、薬物療法開始前です。
- 本患者に対する精子凍結保存への主治医の意見
(本人の希望があれば可 ・ できればしないほうが良い)
- 精子凍結保存の開始可能時期 (年 月 日)
- 精子凍結保存に際して原疾患の治療開始を待てる期限： 年 月 日頃まで
- 原疾患の状態・予後など
診断日： 年 月
疾患名：
臨床病期：
- これまでの原疾患の治療
手術 (手術日 年 月 日 術式：)
放射線治療 (部位： ・ Gy)
薬物療法 (抗がん剤：レジメン名 ・ 期間：)
具体的な薬剤名：
(分子標的薬：薬剤名 ・ 期間：)
(その他： ・ 期間：)
- これからの治療予定
手術 (手術予定日 年 月 日 術式：)
放射線治療 (部位： ・ Gy)
薬物療法 (抗がん剤：レジメン名 ・ 期間：)
(分子標的治療剤：レジメン名 ・ 期間：)
(その他：レジメン名 ・ 期間：)
治療開始予定時期 (年 月 日ころまでに開始)
- 患者背景
合併症・感染症 (なし ・ あり：)
精神状態に問題 (なし ・ あり：)
アレルギー (なし ・ あり：)
その他：

感染症検査結果があれば添付してください。3枚目は患者本人の記載用です。

