

妊孕能温存治療用 診療情報提供書(受診申込票)

記載日 年 月 日

〒006-8555 札幌市手稲区前田 1 条 12 丁目 1-40

手稲溪仁会病院

患者サポートセンター 地域連携・医療相談室 宛

Tel : 011-685-2904

Fax : 011-685-2908

紹介元医療機関

所在

名称

医師名 (診療科)

TEL() -

FAX() -

フリガナ		性別	住所	
患者氏名		男 女	電話	
生年月日	年 月 日(歳)	手稲溪仁会医療センターへの受診歴 有・無		
受診希望日時	第 1 希望日 月 日() 時頃・何時でもよい・その他()			
	第 2 希望日 月 日() 時頃・何時でもよい・その他()			
病名/進行期				
今後予定されている治療				
治療予定期間*1)				
治療開始時期*2)				
開始を遅らせることが可能かどうか、 どのくらい時間的余裕があるか	日・週・月・年間			

*1)今後ご予定の治療を、どのくらいの期間で行う予定か、現時点でわかる範囲でお答えください

(例：化学療法を半年間、ホルモン療法を 5 年間など)

*2)今後ご予定の治療が、いつから始めるのが理想かをお答えください

(「本当は 3-4 日後から始めたいけれど、2 週間くらいなら許容できる」という場合は、こちらの欄に 3-4 日後と記載いただき、その下の欄に 2 週間と記載ください。)

ご紹介いただく施設のご担当先生へ

いつも大変お世話になっております。

こちらはこれから予定している化学療法、放射線治療、手術によって、卵巣機能・精巣機能が低下してしまう可能性がある際に、当院で行っております妊孕能温存治療についてのご案内 兼 診療情報提供書(受診申込書)となります。

お忙しい中お手数で恐縮ですが、上記項目を担当患者さんへのご説明を済ませていただいた上で、予約の手配をお願いいたします。

お急ぎの場合は直接当院婦人科外来にご連絡いただければ、当日もしくは数日以内に受診できるようご案内させていただきます。

手稲溪仁会病院 婦人科 011-685-2839