

診療情報提供書

平成 年 月 日

加藤レディースクリニック 御中

ご紹介元
病院(施設)名

担当医 様

〒160-0023
新宿区西新宿7-20-3 ウエストゲート新宿ビル
TEL: 03-3366-3777 FAX: 03-5332-7373

診療科 _____ 科

医師名 _____

住所 _____

電話番号 _____

下記の患者の診療情報を提供するとともに、卵子及び受精卵保存を依頼致します。

患者氏名	フリガナ		<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚	生年 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 () 歳 <input type="checkbox"/> 平成		
	原疾患名				(Stageなど)		
初診日	年	月	日	患者は採卵可能な全身状態である		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ホルモン感受性の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		ER () PgR () HER2 () その他 ()				
術前化学療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日 年 月 日				
手術の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日 年 月 日				
術後化学療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日 年 月 日				
放射線療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日 年 月 日				
内分泌療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日 年 月 日				
採卵可能な期間	年		月	日	~	年 月 日	
現在から _____ ※出来るだけご記入をお願いします。							
化学療法開始まで・手術開始まで・放射線療法開始まで・放射線療法終了まで その他()まで ※○で囲って下さい							
排卵誘発剤およびホルモン剤使用の可否					<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
可の場合は、使用可能な薬剤に○、不可能な薬剤には×をつけて下さい。							
(クロミフェン)・(レトロゾール)・(hMG)・(rFSH)・(中用量ピル)・(黄体ホルモン剤)							
備考							