

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		生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 () 歳 <input type="checkbox"/> 平成		
				<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚		
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
※出来るだけご記入をお願いします						
現在から	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 ホルモン療法開始まで ・ その他()まで ※○を付けてください					
排卵誘発剤およびホルモン剤使用許容の可否	<input type="checkbox"/> 許容する <input type="checkbox"/> 許容しない					
許容可能な薬剤に○、許容不可の薬剤には×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						