

診療情報提供書

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	生年月日	年 月 日 () 歳
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 () その他 ()	HER2 ()	
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 ~		月 日	※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				