

# 診療情報提供書

医療法人社団 暁慶会 はらメディカルクリニック  
宮崎 薫 宛

編集可能な Word 版は、  
右記 QR コードから  
ダウンロード可能です



西暦 年 月 日

紹介医療機関の名称及び所在地：

電話番号：

FAX：

医師名：

印

患者氏名 様は、当院でのホルモン剤等を用いた【体外受精を含む不妊治療・卵子凍結】を希望しております。患者様の安全のために、治療の可否の判断を含め、これまでの治療経過及び現在の病状についてご教授くださいますようお願い申し上げます。

患者氏名	男	女	生年月日	年	月	日
原疾患名			(STAGE など)			
初診日	患者は採卵可能な全身状態か		<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		※できるだけご記入をお願い致します。			
	現在から 化学療法まで ・ 手術開始まで ・ 放射線療法まで ・ 放射線療法終了まで ホルモン療法開始まで ・ その他 ( ) まで※○をつけてください。					
排卵誘発剤およびホルモン剤使用可否	<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×をつけてください						
クロミフェン・レトロゾール・hMg・rFSH・中容量ピル・黄体ホルモン剤						
備考						
*必要時、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。						