

兵庫医科大学病院「妊孕性温存」相談申込書

年 月 日

兵庫医科大学病院
医療支援センター
産科婦人科医局

宛

医療機関：
診療科・主治医：
電話番号：
FAX番号：
所在地：

相談希望者について

| | | |
|--|----------------|---|
| フリガナ 患者氏名 | | 相談希望日時 第1 月 日 午前・午後 第2 月 日 午前・午後 第3 月 日 午前・午後 ※担当医の指名はできません |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日 (歳) | |
| 住 所 | 〒 TEL | |
| <p>・結婚歴・妊娠出産歴 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 妊娠 () 回・出産 () 回</p> <p>・現病歴</p> <p>・今後の治療予定 (手術・化学療法の種類・放射線治療の有無など)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 予定 ()</p> <p>・がん治療開始までの時間的余裕 (本申込後、いつまでにがん治療を開始するのが望ましいか)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 約 1 週間以内 <input type="checkbox"/> 約 2 週間以内 <input type="checkbox"/> 約 1 ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 約 2 ヶ月以内 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> | | |

※初回相談料金は、1回 10,000円(税別)をお支払いいただきます。その他、当日に検査等をする場合は別途加算された金額になります。

※当日は紹介状をご持参ください。

兵庫医科大学病院 医療支援センター

FAX宛先：0798-45-6002 TEL：0798-45-6001