

# 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		性別 男・女	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><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><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