医療情報提供書

獨協医科大学越谷病院リプロダクションセンター

紹介元　　施設名	
部署	
医師名	
連絡先電話	
連絡先メール	
患者氏名	
ふりがな	
生年月日	
年齢	

※上記は別途紹介状がある場合は記載不要

病名	
これから予定している治療	□化学療法　□放射線療法　□手術 □造血幹細胞移植
開始予定時期	年　月　日
手術	術式：（　　）
化学療法	予定レジメン：（　　）
	予定クール数：（　　）クール
	□現在　　クール終了している
	□現在治療はまだ開始していない
放射線治療	照射部位：（　　）
	照射線量：（　　）Gy
造血幹細胞移植を行う場合	□自家移植　□同種血移植
	□骨髄移植　□末梢血幹細胞移植　□臍帯血移植
	予定している前処置：（　　）
精巣腫瘍の場合	Onco-TESEの希望　□あり　□なし

感染症	検査した項目
	□HBV抗原　□HCV抗体　□梅毒　□HIV　□HTLV-1
	□未検査または結果がまだでていない
	□上記すべて陰性
	□上記の項目に陽性あり　（　　）

現在投与中の薬	
配偶者	□有　□無
受診	□可　□不可　□現在入院中
射精	□可　□不可　□わからない
同伴できる家族	