

高知大学医学部附属病院 がん生殖外来 専用
F A X 送信票 (088-880-2774)

年 月 日

高知大学医学部附属病院
がん生殖外来
担当医師 行

紹介医療機関名

所 在 地
電 話 番 号
F A X 番 号
医 師 氏 名

科

印

受診診療科	がん生殖外来
紹介状について	本様式の2枚目の当院の指定紹介状をお使い頂くか、当院の書式の項目が網羅されていれば貴院の書式の紹介状でも構いません。本送信票に添付してFAXください。紹介状原本や検査所見などの添付資料は受診当日に患者さんがご持参ください。
希望日	早急・数日中・2週間以内
第一希望	年 月 日 (時 頃)
第二希望	年 月 日 (時 頃)
※がん生殖外来は原則（火）（木）の15:00から実施しています。緊急を要する場合はお電話でご相談ください。	

ふりがな		男・女
患者氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 令和 (歳)	
現住所	〒	
電話番号	(方)	

※事前のカルテ作成に必要ですので、記入をお願いいたします。

【その他連絡事項】

※予約状況によりご希望にお応え出来ない場合がございます。ご了承くださいませ。

高知大学医学部附属病院での受診歴 (無・不詳・有 = ID :) 旧姓 ()

備 考

本票と紹介状をFAXしてください。
診察日が決定しましたら、予約日時を記載した診療予約票を返信します。
「紹介状」と「予約票」は、患者さんにご持参いただけるようお渡しく下さい。

※FAX受付時間は 8時30分～16時00分 です。
※FAXは24時間稼働していますが、上記時間外または休診日にお送りいただきますと、翌日もしくは休み明けの返信となります。ご了承くださいませ。
※受診希望日がある場合は、受診希望日の前日（休診日の場合は休診日の前日）までにお送りください。

《予約に関する通常のお問合せ先》
高知大学医学部附属病院 予約センター（TEL）088-880-2773 （平日8:30～17:00）

《緊急での予約希望や事前相談について》
高知大学医学部附属病院 がん相談支援センター（TEL）088-880-2179 （平日 8:30～17:15）

高知大学医学部附属病院 がん生殖外来 紹介状

(本紹介状に準じた内容であれば、貴院の書式でも構いません)

患者氏名 _____

紹介元施設名 _____ 担当医 _____

疾患名 _____ 進行期 _____

組織型 _____

予後（生命予後、再発リスク；抽象表現可） _____

現在までの治療経過 _____

患者背景（適宜検査結果同封ください）

状態 _____

検査結果(CBC, Plt など) _____

感染症 _____

合併症 _____

精神状態 _____

妊孕性温存に関する期待度 _____

パートナー あり なし (_____)

子供 あり (_____ 人) なし (_____)

予定される治療について

内容・投与（照射）量 _____

治療開始予定時期 _____

治療開始最大遅延許容期間 _____

妊孕性温存・妊娠について

主治医から見た妊孕性温存の推奨程度：推奨 消極的 どちらとも言えない

妊娠可能までの期間 _____

がん治療後の妊娠の問題点 _____

その他 _____
