兵庫医科大学病院「妊孕性温存」相談申込書

平成　　年　　月　　日

兵庫医科大学病院
　地域医療・総合相談センター
　産婦人科医局　　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	

・結婚歴・妊娠出産歴　　□　未婚　□　既婚　　妊娠（　　）回・出産（　　）回

・現病歴（　　）

・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）
　□　未定
　□　予定（　　）

・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）
　□　約１週間以内　　□　約２週間以内
　□　約１ヶ月以内　　□　約２ヶ月以内
　□　その他（　　）

※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。

兵庫医科大学病院　地域医療・総合相談センター
ＦＡＸ宛先：０７９８−４５−６００２　　ＴＥＬ：０７９８−４５−６００１