# 妊孕性温存情報提供書（女性）

**関西医科大学附属病院**

**令和 年 月 日**

## 女性診療科　妊孕性温存初診（月木）・内分泌未妊初診（火水金）

**紹介元医療機関名 電話**

**ＦＡＸ**

**医師名**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 旧姓 | 性別 | 生年月日 |
| **患者氏名** |  |  | **女 性** | **年 月 日生（ 歳）** |
| **住所** | **〒** －**電話番号 （ ） －** |
| **受診希望日****（ ご家族が一緒に来院可能な日 ）**第１希望 令和 年 月 日（ ） 第２希望 令和 年 月 日（ ） 希望日なし 又は 不都合な日（ ） | **関西医大受診歴**□ 有 （ＩＤ： ）□ 無 □ 不明 |
| **待ち状況**□ 貴院待機中 □ 院外 |
| **保険情報** |  **※受診当日は必ず保険証原本をご持参くだ さ い 。**  |  |
| ■被保険者証 ■公費負担医療受給者証 |

下記のとおり患者様を紹介いたします。 （下記項目をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **記号** | **番号** |  |  |
| **続柄** | **本人** | **・** | **家族** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **負担者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **受給者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |

◆ **疾患名と進行期** ：

◆ **その他** ：

◆ **これから施行予定の治療**：

◆ **すでに施行された治療**：

◆ **こども** ： あり（ 　　　　）人 ・ なし

◆ **婚姻状態**： 未婚 ・ 既婚 ・ パートナーあり

）

）

 **依頼方法** ：

本用紙をご記入の上、FAXで当院地域医療連携部 （ **072-804-2861** ） までお送りいただき、 妊孕性温存初診（月木）または内分泌未妊初診（火水金）のご予約をお申し込みください。ご予約が確定次第、予約通知書を FAXにてお送りいたします。（ 希望者が多い場合には先着順での受付となります。 ） 本用紙は患者様にお渡しください。患者様は受診当日、本用紙をご持参ください。

**関西医科大学 附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号**

地域医療連携部 病診連携課

〔 〕

《受 付》 平日：8時30分～20時 土曜日：8時30分～12時30分

《休診日》 日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始（12/29～1/3）

# 電話　072-804-2742　　FAX　072-804-2861