

島根大学医学部附属病院 診療申込書

島根県がん生殖医療ネットワーク専用

送信先：島根大学医学部附属病院 地域医療連携センター (FAX番号 0853-20-2063)

年 月 日

紹介元医療機関	医師氏名 (診療科)
電話番号 () -	FAX番号 () -

●患者情報

ふりがな		旧 姓	性 別	生 年 月 日 (年齢)
患者氏名			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住 所	〒 -	電話番号	() -	
		携帯電話	() -	
当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	診察券番号	-	-
受診希望 日 時	① 月 日 () 午前・午後	② 月 日 () 午前・午後		
	③ 月 日 () 午前・午後	④ 月 日 () 午前・午後		

疾患名
進行期
予後 (生命予後, 再発リスク; 抽象表現可)
特記事項・その他

島大病院チェック欄



診療情報提供書 【島根県がん生殖医療ネットワーク専用】

※本書は、予約確認票受領後にFAX送信（0853-20-2063）するか、初診時に患者さんがお持ちください。

紹介元医療機関		医師氏名（診療科）			
患者氏名	（ふりがな）	性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日

疾患名	申込書に記入済みの場合省略可	進行期	申込書に記入済みの場合省略可
組織型		初発・再発	
予後（生命予後、再発リスク；抽象表現可）	申込書に記入済みの場合省略可		
原疾患診断日			
現在までの経過			

患者背景（適宜検査結果添付ください。※結果添付有りの場合は検査結果、感染症の記入を省略いただけます。）

状態							
検査結果	血液	WBC	RBC	Hb	Ht	Plt	
	肝機能	AST	ALT	腎機能	BUN	Crea	eGFR
感染症	HBs抗原	(+)・(-)	HCV抗体	(+)・(-)	HIV抗体	(+)・(-)	
合併症							
原疾患に対する理解度	良・不良・その他 （その他）	妊娠性温存への期待度					
パートナー	有・無 （特記事項）	子供	有・無 （子の人数、その他特記事項）				

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		

妊娠性温存・妊娠について

主治医から見た 妊娠性温存の推奨程度	推奨・消極的・どちらとも言えない （特記事項）		
予定治療期間			
がん治療後の 妊娠の問題点			

その他

--	--	--	--