**紹介患者連絡票（女性用・乳がんの方）**

**原疾患治療医→生殖医療医**

　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　科　　担当医　　　　　　　　　　先生

患者基本情報

年齢：　　　歳

妊娠の有無：無、　有（妊娠回数：　　　回、出産回数：　　　回）

乳がんについて＊わかる範囲でご記入ください

手術日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日

部位：左、　右、　両側　　　　　臨床病期：0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ

組織型：

免疫染色：ER　＋／－、　PR　＋／－、　HER2　＋／－

再発リスク：□低リスク、　□中間リスク、　□高リスク

これまでの治療

□無

□有（治療の内容をご記入ください）

今後の治療予定

□無

□有　　（治療開始予定時期　　　　年　　　月　　　日頃）

**治療開始までの猶予期間（　　　年　　　月　　　日まで）（記入必須）**

パートナー

□法律婚

□事実婚

特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）