**紹介患者連絡票（男性用）**

**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

原疾患について＊わかる範囲でご記入ください

病名：

臨床病期：0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ

組織型：

これまでの治療

□無

□有（治療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

□無

□有

子供

□無

□有