**プレコンセプションケア外来申込書**

西暦　　　年　　月　　日

岐阜大学医学部附属病院総合患者サポートセンター　宛

　　　　　　　　　　　　医療機関：

　　　　　　　　　　　　　担当者：

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 |  | 女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　日　（　　　　歳） | |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　電話番号 | |
| 現在の状況 | （　入院中　・　通院中　）  診療科：  主治医：  その他： | |

※事前に患者さん（相談希望者）の情報を登録しますので，太枠内の情報は正確に

ご記入ください。

　　※相談料金は、30分までを4,500円（税込）とし、以降延長30分ごとに4,500円

（税込）が加算された金額になります。

※相談者は思春期以降、妊娠可能な年齢の全女性であって、慢性疾患を有する者、精

神疾患を有する者または、がんサバイバーに限りますが、ご家族やパートナーの方

がご一緒でも構いません。なお、治療は行いません。