

# 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一緒でも構いません。なお、治療は行いません。