**紹介状（診療情報提供書）**

紹介先：

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　　月　　　日

東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科

着床外来　　　担当医　　　　　　　　 宛　　　　　　　　 ご紹介元：

〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL ( ) 内線 (　　 　　　 )

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ご施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ご担当医氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者氏名** | 様 | **生年月日** | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病名** | □不妊症　　　　□着床障害 （ 疑い ）□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | **紹介目的** | □当院での着床精査 □当院でのART治療　□その他（　　　　　　　　　　　 　　　　 　　） |
| **既往歴****手術歴****合併症** | 薬物アレルギー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **治療経過・****検査結果・****留意事項****等** |  |

（胚移植歴については別紙の表にご記載ください。表に納まらない場合は、同じ用紙を印刷してご使用下さい）