

事前アンケートをご記入してください（妊孕性温存治療）

※治療をスムーズに進めていく上でアンケートにご記入ください。

名前 _____ ID _____ 記入日 _____ 月 _____ 日 _____

★現在の状況

通院中（治療前） ・ 通院中（治療後） ・ 入院中

★今後の治療の予定（手術・化学療法の種類・放射線治療の有無）

未定 ・ 予定

時期：

内容：

★妊孕性温存治療（卵子凍結・精子凍結・受精卵凍結・組織凍結）の開始を希望する時期は？

できるだけ早く・約1週間以内 ・ 約2週間以内 ・ 約1か月以内 ・ 約2か月以内

その他（ _____ ）

★妊孕性温存治療の内容について知っていますか？

知らない ・ 知っている（情報を得た場所や資料： _____ ）

★妊孕性温存治療内容のリスクについて知っていますか？

理解している ・ 理解していない

★妊孕性温存治療の助成金について知っていますか？

知らない ・ 知っている（情報を得た場所や資料： _____ ）

★聞きたいことや不安な点がありましたら、お書きください。

