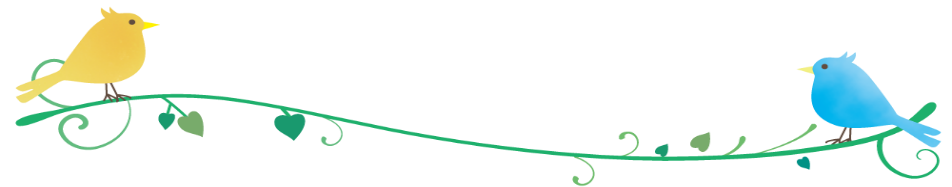
**事前アンケートをご記入してください（妊孕性温存治療）**

※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



★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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

★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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

★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。

★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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）