

がん・生殖医療相談外来専用 診療情報提供書

《紹介元医療機関》

名称		診療科	
所在地	〒		
電話番号		FAX	
担当医			

《患者さんの基本情報》

フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年	月	日
			貴院 ID ()

相談日時	令和	年	月	日 ()	時	分 ~
------	----	---	---	-------	---	-----

妊孕性温存療法 対象チェックリスト

- 妊孕性温存治療が原疾患の治療の妨げにならない はい いいえ
 初診料+相談料（自費）が必要であることを患者さんが了承している はい いいえ
 生殖医療可能年齢である（施設毎に年齢制限があります） はい いいえ

* 上記1つでもいいえの場合には、原則として妊孕性温存治療の対象外となりますが、カウンセリングは可能です。

* 年齢制限

卵子・胚凍結：12歳以上 45歳以下で初経後であること 精子凍結：年齢制限なし

卵巣組織凍結：12歳以上 45歳以下（移植時 18歳以上 50歳未満）

- ・主治医から見た妊孕性温存の推奨程度（推奨 消極的 どちらとも言えない）
- ・患者さんの妊孕性温存に対する期待度（積極的 消極的 わからない）

患者情報

現時点での情報で分かる範囲内で結構ですので、ご記入願います。

- ・婚姻状況
既婚 未婚 パートナーあり
- ・子どもの数
あり () 人 なし
- ・感染症採血（1年以内）:別途結果コピーを添付してください
 HBV (陰性・陽性) HCV (陰性・陽性)
 梅毒 (陰性・陽性) HIV (陰性・陽性)
- ・輸血歴
なし あり（最終輸血日： 年 月）
- ・合併症
なし あり ()
- ・精神状態で配慮すべきこと
なし 不明 あり ()

<<裏に続く>>

原疾患情報

- ・病名 ()
 - 初発 再発
 - 乳がんの場合→組織型 luminal HER2 TN luminal-HER2
 - ・診断時期 ()年 ()月
 - ・がん進行度 (現在判明している範囲内で結構です)
 - 上皮内 限局 所属リンパ節転移 隣接臓器浸潤 遠隔転移
 - 不明 該当なし (血液疾患など)
 - ・原疾患に対する治療 (何らかの治療を行なっている、もしくはその予定の場合ご記入下さい)
 - 手術 (すでに施行・施行予定)
 - 術式 ; ()
 - 手術日 ; (年 月 日) 予定の場合は予定日をご記入下さい。
 - 化学療法 (すでに施行・施行予定)
 - レジメン ; ()
 - クール数 ; () クール (現在 クール終了)
 - 施行期間 () 予定の場合は開始予定日をご記入下さい。
- ※複数のレジメンを施行する場合、第1のレジメンが開始されていたら「すでに施行」のみをチェックして下さい。
- 放射線治療 (すでに施行・施行予定)
 - 照射部位 ; ()
 - 照射線量 ; () Gy
 - 施行期間 () 予定の場合は開始予定日をご記入下さい。
 - 内分泌療法 (すでに施行・施行予定)
 - 使用薬剤 ()
 - 施行期間 () 予定の場合は開始予定日をご記入下さい。
 - 造血幹細胞移植 (すでに施行・施行予定)
 - 自家移植 同種血移植
 - 骨髓移植 末梢血幹細胞移植 臍帯血移植
 - 前処置 ()
 - 施行日 (年 月 日) 予定の場合は予定日をご記入下さい。
 - その他 ()
- ・全身状態 (妊孕性温存治療が可能な状態か)
 - 良好 不良
 - ・予後 (生命予後、再発リスク ; 抽象表現可)
 - ()
 - ・上記以外に特記すべき治療経過
 - ()
 - ・妊孕性温存治療が可能な期間 : 上記の治療スケジュールを
 - 変更可能 (遅くとも 年 月 日までに) 変更不可能
 - ・治療後に妊娠を検討できるのは (ホルモン療法等の中断を含む)
 - (早くとも 年 月以降) 現時点ではわからない
 - ・治療後の妊娠の問題点
 - ()
 - ・備考 : 妊孕性温存治療に関し使用薬や外科的処置など特段の配慮を要する場合はあればご記載下さい
 - ()