

宮崎県がん・生殖医療ネットワーク 診療情報提供書

医療施設名：
診療科：
原疾患担当医師名：
担当医師への連絡方法、連絡先：

原疾患施設患者 ID: _____

患者氏名: _____

生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳 性別: 男性・女性 _____

職業・学校(学年): _____

1. 病名・病状

【病名】

【組織型】

【病期】

【予後 (生命予後、再発リスク; 抽象表現可)】: _____

【手術】 なし 予定あり 実施済み

予定日(または実施日): _____ 術式: _____

【化学療法】 なし 予定あり 治療歴あり

開始予定日(または開始日): _____

レジメン名: _____

(抗がん剤名・回数も記載してください。例: TC(パクリタキセル、カルボプラチン)療法 4コース

【放射線治療】 なし 予定あり 治療歴あり

開始予定日(または実施日) _____ 照射部位 _____

【現在までの治療経過】 _____

【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

妊娠可能までの期間 _____

がん治療後の妊娠の問題点 _____

【既婚・パートナーの有無】 既婚 未婚 パートナー あり なし

