**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）】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例:5年生存率50％

予後についての説明：□説明した　　□説明していない

【手術】　□なし　　□予定あり　　□実施済み

予定日・時期(または実施日):　　　　　　　　　　　　　　 　術式:

【化学療法】 □なし　　□予定あり　　□治療歴あり　　□未定　　□術前検査等の結果によって行う予定

予定日・時期(または実施日):

レジメン名:

 　　　　　　　　 (抗がん剤名・回数も記載してください。例:TC(パクリタキセル、カルボプラチン)療法　４コース

【放射線治療】 □なし 　□予定あり　　□治療歴あり

予定日・時期(または実施日):　　　　　　　　　　　　　　　　　照射部位:

【現在までの治療経過】　貴院所定の診療情報提供書にご記載ください

【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

2.　既往歴・合併症

3.　ご相談内容（担当医の見解）について当てはまるものにチェックしてください

[ ]  妊孕性温存のために生殖医療を勧める方向で話をしてほしい

[ ]  妊孕性温存治療についてとりあえず説明してほしい

[ ]  患者が妊孕性温存治療を希望しているが、原疾患にはあまり好ましくないと考えている

4.　妊孕性低下についてご本人に説明されていますか?

□ 説明した

□ 説明しているが、不十分かもしれない

□ 説明していない

□ その他 ( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

・ご本人の気持ちの状態はどのような感じですか？

5.　上記以外で伝えたい事項が有りましたら自由記載してください