

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

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ご本人に説明されていますか？

- 説明した
- 説明しているが、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ださい