

がん生殖外来へご依頼の際の診療情報提供書

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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
生殖医療可能年齢である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
初診料＋相談料＋処検査の全てが自費診療であることを患者（保護者）が了承している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
同席者が必要であることを了承している （成人の場合もキーパーソンの同席が必要です）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
診療情報提供書に記入済みである	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。

- ・ 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）
- ・ 【成人の場合】 患者の妊孕性温存に対する期待度 （積極的 消極的 わからない）
- ・ 【小児の場合】 保護者の妊孕性温存に対する期待度 （積極的 消極的 わからない）
- ・ 【小児の場合】 患児の妊孕性温存に対する理解度 （十分 不十分 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）
☐ HBV（ 陰性・陽性 ） ☐ HCV（ 陰性・陽性 ） ☐ 梅毒（ 陰性・陽性 ）
☐ HIV（ 陰性・陽性 ） ☐ 全て未実施
- ・ 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（ ）

原疾患情報

- ・ **病名*** ()
 - ☐初発 ☐再発 ☐非がん
 - 乳がんの場合→サブタイプ ☐luminal ☐HER2 ☐TN ☐luminal-HER2
- ・ **診断時期*** () 年 () 月
 - ＊【がんの場合】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； ()
 - 妊孕性に影響する薬剤名； () 用量 ()
 - コース数； () コース (現在 コース終了)
 - 施行期間 () 予定の場合は開始予定日をご記入下さい。

※薬剤名は略語ではなく一般名か商品名を記載

※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 ※患者(児)にどのように伝達しているかも記載してください。）
()
- ・ 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：特段の配慮を要する場合はあればご記載ください。
()