

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 生殖医療可能年齢である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <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、
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； ()

妊娠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（妊娠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。）

()

・妊娠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止を含む）

（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があればご記載ください。

()