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 □はい　□いいえ

生殖医療可能年齢である　　 　　　　　　　　　　　　　　 □はい　□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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ

同席者が必要であることを了承している 　　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ

（成人の場合もキーパーソンの同席が必要です）

診療情報提供書に記入済みである　　　　　　　　　　　　　　　 　□はい　□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があればご記載ください。

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）