

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。

()