

がん生殖外来へご依頼の際の診療情報提供書

妊娠性温存療法 対象チェックリスト

妊娠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、原則として妊娠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。

- ・ 主治医から見た妊娠性温存の推奨程度 (推奨 消極的 どちらとも言えない)
- ・ 【成人の場合】患者の妊娠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】保護者の妊娠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】患児の妊娠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はご記入下さい）
 - 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。 ()