

がん生殖外来へご依頼の際の診療情報提供書

令和3年4月30日 第4.0版

慶應義塾大学病院産婦人科
がん・生殖外来担当医様
〒160-8582 新宿区信濃町35
代表：03-3353-1211

ご紹介元
病院（施設）名
診療科
医師名
住所
電話番号

下記の患者の妊孕性温存療法の可否について、診療情報の提供のうえで依頼いたします。

ふりがな		生年 月日	年	月	日
名前		年齢	歳		
原疾患名					
進行期					
組織型					
生命予後（抽象表現可）					

（以下チェックボックスから選択してください。適切な項目がなければ直接記載も可能です）

主治医から見た妊孕性温存・妊娠について

妊孕性温存療法の推奨程度	<input type="radio"/> 推奨	<input type="radio"/> 消極的	<input type="radio"/> どちらともいえない
性腺毒性の程度	<input type="radio"/> 高リスク	<input type="radio"/> 中間～低リスク	<input type="radio"/> 不明
治療最終日から妊娠可能までの期間	<input type="radio"/> 6ヶ月以降	<input type="radio"/> 12ヶ月以降	<input type="radio"/> その他（ ）
妊娠による原病の増悪・再燃リスク	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> その他（ ）
がん治療後の妊娠の問題点			
妊娠・出産におけるリスク	<input type="radio"/> 流早産	<input type="radio"/> 先天奇形	<input type="radio"/> その他（ ）
治療開始遅延最大許容期間 <small>（2週間より短い場合、妊孕性温存療法（とくに女性側）は不可能な場合があります）</small>	<input type="radio"/> 遅延不可	<input type="radio"/> 2週間以上12週以内	<input type="radio"/> その他（ ）

患者背景

妊孕性温存に関する期待度	<input type="radio"/> 強く希望	<input type="radio"/> できたら希望	<input type="radio"/> お話のみ希望
パートナーの有無	<input type="radio"/> 結婚（事実婚含む）	<input type="radio"/> パートナー有り	<input type="radio"/> いない
子どもの有無	<input type="radio"/> あり（ 人）	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> その他（ ）

患者が未成年者の場合の患者背景

該当 該当せず

親の妊孕性温存療法に関する期待度	<input type="radio"/> 推奨	<input type="radio"/> 消極的	<input type="radio"/> どちらともいえない
患者の性・妊娠生理に関する理解度	<input type="radio"/> よく理解している	<input type="radio"/> 理解している	<input type="radio"/> まだ習っていない
患者自身の妊孕性温存に関する期待	<input type="radio"/> 強く希望	<input type="radio"/> できたら希望	<input type="radio"/> お話のみ希望
患者が男児の場合、射精経験の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> わからない

現在までの治療		<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
手術	施行日		術式

放射線療法	期間		照射野		総線量	Gy
-------	----	--	-----	--	-----	----

化学療法	期間		レジメン	
薬剤名		投与量		
薬剤名		投与量		
薬剤名		投与量		
薬剤名		投与量		

*薬剤名は略語ではなく一般名か商品名を記載

今後の治療		<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
		<input type="radio"/> 未定：未定の場合 () 頃に方針決定予定	
手術	施行日		術式

放射線療法	期間		照射野		総線量	Gy
-------	----	--	-----	--	-----	----

化学療法	期間		レジメン	
薬剤名		投与量		
薬剤名		投与量		
薬剤名		投与量		
薬剤名		投与量		

*薬剤名は略語ではなく一般名か商品名を記載