

宮城県がん生殖医療ネットワーク

登録票（原疾患治療施設 ⇒ コーディネータ）

記入日 年 月 日

コーディネータ施設

☐ 東北大学病院

☐ 宮城県立がんセンター

原疾患治療施設

☐ 東北大学病院

☐ 宮城県立がんセンター

☐ その他

診療科

☐ 乳腺外科

☐ 小児科

☐ 血液免疫科

☐ 泌尿器科

☐ その他

担当医氏名

患者名

姓

名

生年月日

年齢

配偶者

姓

名

生年月日

年齢

原疾患名

進行期

組織型

今後予定している治療

☐ 化学療法

☐ 放射線治療

☐ 手術療法

☐ その他

治療開始時期 平成 年 月 日

（治療開始までの猶予

か月）

現病歴

これまでの経過、予定されている治療の詳細について可能な範囲でご記入ください。
（治療開始時期、治療期間、化学療法の場合はレジメン・用量・回数、放射線治療の場合は照射部位・線量など）

現在使用中の薬剤

合併症（合併症の診療担当科に採卵・採精の可否を御確認下さい）

備考（採卵・採精に際しての留意点などありましたら御記入下さい）

血液型、感染症、凝固など、一般的な術前検査にあたる検査の結果があれば同封願います。

宮城県がん生殖医療ネットワーク
連絡票（コーディネータ ⇒ 生殖医療施設）

記入日 年 月 日

☐ コーディネータ施設(コト)
 ☐ 東北大学病院(TUH)
 ☐ 宮城県立がんセンター(MCC)

生殖治療施設 ☐ 仙台ARTクリニック ☐ スズキ記念病院 ☐ 東北大学病院婦人科 不妊内分泌外来			
--	--	--	--

依賴內容 ☐ 卵子凍結 ☐ 受精卵凍結 (☐ 体外受精 ☐ 顯微授精)

(コर्टイネー卜施設コート) (登録年西暦4桁) (通し番号3桁)

ネットワーク登録番号

患者名 姓 名

最終月経 平成 年 月 日 (日間)

初經年齡 _____ 歲

月經周期 _____ 日

月経異常 ☐ なし ☐ 過多月経 ☐ 過少月経 ☐ 稀発月経 ☐ 無月経
☐ その他 ()

婦人科疾患既往 ☐ なし ☐ 子宮筋腫 ☐ 子宮内膜症 ☐ 子宮腺筋症 ☐ 卵巣腫瘍
☐ 細胞診異常 ☐ その他 ()

結婚歴 ☐ 未婚 (coitus ☐ あり ☐ なし) ☐ 既婚 (☐ 初婚 ☐ 再婚) ☐ 離婚

妊娠分娩歴 妊 産

内科的合併症 ☐ なし ☐ あり ()

手術既往 ☐ なし ☐ あり ()

配偶者 姓 名

耳下腺炎既往 ☐ なし ☐ あり

泌尿器疾患既往 ☐ なし ☐ 停留精巣 ☐ 精巣捻転 ☐ 精巣静脈瘤 ☐ 精巣上体炎
☐ 前立腺炎 ☐ その他 ()

その他の射精障害

内科的合併症 ☐ なし ☐ あり ()

手術既往 ☐ なし ☐ あり ()

備考、連絡事項

宮城県がん生殖医療ネットワーク 連絡票（コーディネータ ⇒ 生殖医療施設）

記入日 年 月 日

コーディネータ施設(コード) ☐ 東北大学病院(TUH) ☐ 宮城県立がんセンター(MCC)

生殖治療施設

☐ 仙台ARTクリニック ☐ スズキ記念病院 ☐ 東北大学病院婦人科 不妊内分泌外来

依頼内容 ☐ 精子凍結 ☐ 受精胚凍結 (☐ 体外受精 ☐ 顕微授精)

(コーディネータ施設コード) (登録年西暦4桁) (通し番号3桁)

ネットワーク登録番号

患者名 姓 名

耳下腺炎既往 ☐ なし ☐ あり
泌尿器疾患既往 ☐ なし ☐ 停留精巣 ☐ 精巣捻転 ☐ 精巣静脈瘤 ☐ 精巣上体炎
☐ 前立腺炎 ☐ その他 ()
その他の射精障害
内科的合併症 ☐ なし ☐ あり ()
手術既往 ☐ なし ☐ あり ()

配偶者 姓 名

最終月経 平成 年 月 日 (日間)
初経年齢 歳
月経周期 日
月経異常 ☐ なし ☐ 過多月経 ☐ 過少月経 ☐ 稀発月経 ☐ 無月経
☐ その他 ()
婦人科疾患既往 ☐ なし ☐ 子宮筋腫 ☐ 子宮内膜症 ☐ 子宮腺筋症 ☐ 卵巣腫瘍
☐ 細胞診異常 ☐ その他 ()
結婚歴 ☐ 未婚 (coitus ☐ あり ☐ なし) ☐ 既婚 (☐ 初婚 ☐ 再婚) ☐ 離婚
妊娠分娩歴 妊 産
内科的合併症 ☐ なし ☐ あり ()
手術既往 ☐ なし ☐ あり ()

備考、連絡事項

--