**鹿児島県がん・生殖医療ネットワーク　　病診連携情報提供書**

医療施設名：

診療科：

原疾患担当医師名：

担当医師への連絡方法、連絡先：

原疾患施設患者ID:

患者氏名：

生年月日（西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　年齢：　　　　　歳　　　性別：　　男性　・　女性

職業・学校(学年)：

1.　病名・病状

【病名】

【組織型】

【病期】

【予後（生命予後、再発リスク；抽象表現可）】:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

【手術】 　　　□なし　□予定あり　□実施済み

予定日(または実施日):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 　術式:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

【化学療法】 □なし　□予定あり　□治療歴あり)

開始予定日(または開始日) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

レジメン名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

　　　　　　　　　　　　　(抗がん剤名・回数も記載してください。例:TC(パクリタキセル、カルボプラチン)療法　４コース

【放射線治療】 □なし □予定あり　□治療歴あり

開始予定日(または実施日)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 照射部位\_\_\_\_\_\_\_\_\_

【現在までの治療経過】\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

【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

妊娠可能までの期間

がん治療後の妊娠の問題点

【既婚・パートナーの有無】□ 既婚　　　　□未婚　　　　　　　パートナー　□ あり　　□ なし

2.　既往歴・合併症

3.　ご相談内容（担当医の見解）について当てはまるものにチェックしてください

妊孕性温存のために生殖医療を勧める方向で話をしてほしい

妊孕性温存治療についてとりあえず説明してほしい

患者が妊孕性温存治療を希望しているが、原疾患にはあまり好ましくないと考えている

4.　がん治療により、生殖機能はどのくらい低下する(した)とお考えですか？（予想範囲を図示してください）

ほぼ廃絶―――――――――――――――50％―――――――――――――――ほぼ正常

5.　妊孕性低下についてご本人に説明されていますか?

□ 説明した

□ 説明しているが、不十分かもしれない

□ 説明していない

□ その他 ( 　　　　　　　　　　　　　　　　)

・ご本人の気持ちの状態はどのような感じですか？

5.　上記以外で伝えたい事項が有りましたら自由記載してください

妊孕性温存を希望される場合,以下の記載をお願いします

・生殖補助医療を用いた妊孕性温存を行うには、時間を要する場合があります。がん治療の開始時期はいつですか？

□ 治療開始予定時期

□ 治療開始最大遅延許容期間

※感染症データ（HBV、HCV、HIV、梅毒）や 検査結果(CBC, Pltなど) 適宜検査結果同封ください