**がん・生殖医療（医学的適応妊孕性温存治療）病診連携情報提供書**

**医療施設名：**

**診療科：**

**原疾患治療医師名：**

**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：**

**職業：**

**未婚　or 既婚：**

**1.　病名・病状**

**2.　既往歴・合併症**

**3.　これまでの経過と治療について**

**4.　予定している治療内容（投与内容も）と治療開始時期**

**5. 治療導入の緊急性**

**6. 治療が妊孕性に与える影響と患者への説明内容**

**7.　妊孕性温存療法についての主治医の見解について（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

**8. 妊孕性温存治療の許容時期、期間**

**9.　妊孕性温存治療における留意点**

**10. 生殖医療医師が原疾患医師に照会する場合の連絡方法、連絡先**

※ご紹介の際は感染症データ（HBV、HCV、HIV、梅毒）を必ず添付してください