**新潟県 がん・生殖医療ネットワーク 妊孕性温存療法 診療情報提供書**

 **(新潟大学 産科婦人科 FAX 025-227-0789 宛)**

* お急ぎの場合は，新潟大学産科婦人科教室 025-227-2320 までお電話でご連絡ください。

**《紹介元医療機関》**別途紹介状がある際はご記載不要ですが、適宜連絡が可能な連絡先をご記載ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 診療科 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| 担当医 |  |

**《患者様の基本情報》**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  | 生年月日年齢 |  | [ ] 男性[ ] 女性 |
| 当院受診歴 | [ ]  あり　　[ ]  なし | 貴院ID |  |

* 現時点で分かる範囲内の情報で結構ですので、ご記入・チェックボックスの選択をお願いします

(チェックボックスはワンクリックで選択 [x]  ・未選択 [ ]  に変更できます。)

追加記載が必要な場合には、備考欄にご記入ください

**妊孕性温存療法 対象チェックリスト**

妊孕性温存治療が原疾患の治療の妨げにならない [ ]  はい 　[ ]  いいえ

相談料（自費 下記）の必要性を患者さんが了承している　 [ ]  はい 　[ ]  いいえ

生殖医療可能年齢である [ ]  はい 　[ ]  いいえ

＊ 上記１つでも「いいえ」の場合には、原則として妊孕性温存治療の対象外となります

　＊ 相談料 初回 \11,000（60分まで、基本診療料込）2回目以降 \5,500（60分まで、基本診療料込）

相談時間が60分を超える場合には、30分毎に \5,500 追加で相談料が必要になります

相談のみの場合も、相談料（自費）が必要になります

＊ 年齢制限

卵子凍結：40 歳まで 　　胚凍結：42 歳まで 　　卵巣組織凍結：現在行っておりません

精子凍結：年齢制限なし（公的助成は 42 歳まで）

・主治医から見た妊孕性温存の推奨程度

[ ]  妊孕性温存のために、積極的に生殖医療を勧めてほしい

[ ]  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

・患者さんの妊孕性温存に対する期待度　　[ ]  積極的　　[ ]  消極的　　[ ]  わからない

・当院受診希望日　[ ] いつでも可　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**患者情報**

・婚姻状況　　 [ ]  既婚 　　 [ ]  未婚 [ ]  婚約中

・パートナー　 [ ]  あり 　　 [ ]  なし

・子どもの数　 [ ]  あり（ 　　 ）人 [ ]  なし

・既往歴 [ ]  なし [ ]  あり（ ）

・家族歴　[ ]  なし [ ]  あり（ ）

・精神状態で配慮すべきこと

[ ]  なし [ ]  不明 [ ]  あり( ）

・感染症採血（1 年以内）：＊ 別途結果コピーを添付してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ・HBV | [ ]  陰性　[ ]  陽性　[ ]  未施行 | ・HCV | [ ]  陰性　[ ]  陽性　[ ]  未施行 |
| ・梅毒 | [ ]  陰性　[ ]  陽性　[ ]  未施行 | ・HIV | [ ]  陰性　[ ]  陽性　[ ]  未施行 |

・輸血歴　[ ]  なし [ ]  あり（最終輸血日： 　　　　年　　 　月）

・月経歴　月経周期（　 　）日　　　[ ]  順 [ ]  不順　　　最終月経（　　月　　日～　　月　　日）

**原疾患情報**

・病名（ ）

[ ]  初発 [ ]  再発

乳がんの場合　→　組織型 [ ]  luminal-A　 [ ]  luminal-B　 [ ]  HER2　 [ ]  triple negative

・初回診断時期 （ 　　　 年　　　月）　　　　再発診断時期 （　　　 年　　　月）

・がん進行度　＊ 現在判明している範囲内で結構です

 [ ]  進行期（ ）

[ ]  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）

・遺伝性の有無　　　 [ ]  あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  なし　　[ ]  不明

　　ありの場合、患者様への説明　　[ ]  あり　　[ ]  なし

・原疾患に対する治療　＊ 既に治療を行なっている、もしくは予定のある場合にご記入ください

　　 ＊ 薬剤名・投与量・期間など可能な限り詳細に記入してください

[ ]  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ください

[ ]  化学療法 　 （[ ]  すでに施行　・　[ ]  施行予定）

レジメン；（ ）

 クール数；（　　 ）クール （現在 クール終了）

 施行期間 （ 　　～　　　　　　　 ）予定の場合は開始予定日をご記入ください

＊ 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ていたら「すでに施行」のみをチェックしてください

　追加記載の場合には、備考欄にご記入ください

[ ]  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ください

 [ ]  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ください

 [ ]  造血幹細胞移植（[ ]  すでに施行　・　[ ]  施行予定）

 　[ ]  自家移植 　[ ]  同種血移植　　[ ]  骨髄移植 　[ ]  末梢血幹細胞移植　 [ ]  臍帯血移植

 　前処置（ ）

 　施行日（ 　　 　年 　　月 　　日）予定の場合は予定日をご記入ください

[ ]  その他（ ）

・全身状態（妊孕性温存治療が可能な状態か）

 [ ]  良好 　[ ]  不良（ ）

＊ 直近の血液検査などの結果があれば、別途結果コピーを添付してください

・予後（生命予後、再発リスク；抽象表現可）

 （ ）

・上記以外に特記すべき治療経過

 （ ）

・使用を許容できない排卵誘発剤

[ ]  アロマターゼ阻害剤　　　 [ ]  FSH / HMG製剤 　 [ ]  hCG製剤

・妊孕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

・原疾患治療後に妊娠を検討できる時期（ホルモン療法等の中断を含む）

 [ ]  早くとも　　　年後　または 　　　　年 　　月以降 [ ]  現時点ではわからない

・原疾患治療後の妊娠の問題点

 （ ）

・備考：妊孕性温存治療に関し使用薬や外科的処置など特段の配慮を要する場合や、

上記項目につき追加の記載が必要な場合など、下記スペースにご記載ください