

診療情報提供書（KanaOF-Net：神奈川県がん・生殖医療ネットワーク）

| | |
|---------|--|
| 紹介先医療機関 | |
|---------|--|

《紹介元医療機関》別途紹介状がある場合は記載不要

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

《患者さんの基本情報》別途紹介状がある場合は記載不要

| | | | | | | |
|------|--|-----------------------------|-------|---|---|---|
| フリガナ | | <input type="checkbox"/> 男性 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 女性 | 貴院ID(| | |) |

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

初診料+相談料（自費）が必要であること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（施設毎に年齢制限があります） 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。

* 年齢制限 卵子凍結：45歳まで 胚凍結：45歳まで 精子凍結：年齢制限なし

卵巣組織凍結：41歳まで（35歳以下推奨）

43歳未満である（公的助成対象年齢） はい いいえ

患者情報

現時点での情報で分かる範囲内で結構ですので、ご記入願います。

・婚姻状況

既婚 未婚 パートナーあり

・女性の場合は出産歴

あり（ ）回 なし

・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） HCV（陰性・陽性）

梅毒（陰性・陽性） HIV（陰性・陽性）

・輸血歴

なし あり（最終輸血日： 年 月）

・合併症

なし あり（ ）

・精神状態で配慮すべきこと

- ・ 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
（ ）

- ・ 妊孕性温存治療が可能な期間
（ 年 月 日 ～ 年 月 日）

- ・ 治療後に妊娠を検討できるのは（ホルモン療法等の中断を含む）
（早くとも 年 月以降） 現時点ではわからない

- ・ 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はご記載
ください