

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）

作成者:

記入日:

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:

歳

ID

配偶者: 姓

名

生年月日:

年齢:

歳

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

西暦

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。

一次元バーコード

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 ⇒ 原疾患治療施設)

作成者: @USERNAME

記入日: @SYSDATE

コーディネータ施設	<input type="checkbox"/> 東北大学病院	<input type="checkbox"/> 宮城県立がんセンター
-----------	---------------------------------	-------------------------------------

生殖治療施設	<input type="checkbox"/> 仙台ARTクリニック	<input type="checkbox"/> スズキ記念病院
	<input type="checkbox"/> 京野アートクリニック	<input type="checkbox"/> 東北大学病院

依頼内容	<input type="checkbox"/> 精子凍結	<input type="checkbox"/> 受精卵凍結	(<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精)
------	-------------------------------	--------------------------------	---

(コーディネータ施設) (登録年西暦4桁) (通し番号3桁)

登録番号 ネットワーク

TUH 20

JOFR

FP

患者名: @PATIENTNAME

生年月日: @PATIENT生年 年齢: @PATIE

結婚歴 未婚 既婚 (初婚 再婚) 離婚

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
 前立腺炎 精巣上体炎 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 配偶者(パートナー)がいる場合のみ

最終月経 西暦 年 月 日 ()日間

月経周期 順 日 不順

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

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

[Large empty box for notes and contact information]

一次元バーコード

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 ⇒ 原疾患治療施設)

作成者: @USERNAME

記入日: @SYSDATE

コーディネータ施設	<input type="checkbox"/> 東北大学病院	<input type="checkbox"/> 宮城県立がんセンター
-----------	---------------------------------	-------------------------------------

生殖治療施設	<input type="checkbox"/> 仙台ARTクリニック	<input type="checkbox"/> スズキ記念病院
	<input type="checkbox"/> 京野アートクリニック	<input type="checkbox"/> 東北大学病院

依頼内容	<input type="checkbox"/> 卵子凍結	<input type="checkbox"/> 受精胚凍結	(<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精)
------	-------------------------------	--------------------------------	--

(コーディネータ施設) (登録年西暦4桁) (通し番号3桁)

登録番号 ネットワーク

TUH 20

JOFR

FP

患者名: @PATIENTNAME

生年月日: @PATIENT生年 年齢: @PATIE

最終月経 西暦 年 月 日 ()日間

初経年齢 歳

月経周期 順 日 不順

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 既婚 (初婚 再婚) 離婚

性交歴 あり なし

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 配偶者(パートナー)がいる場合のみ

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 前立腺炎 精巣上体炎 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

Large empty box for notes and contact information.