【がん生殖医療相談　情報診療提供書】

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日（　　歳）

紹介元（科）　　　　　　　　　　　　　　　　主治医

原疾患名

進行期

組織型

予後（生命予後、再発リスク：抽象表現可）

現在までの治療経過（簡潔で構いません）

患者背景

身長（　　　）cm　　　体重　( )kg 体表面積　（　　　　　　）m2

　　 性別： 男性　 女性

管理：　　入院　　　外来

全身状態：　良好　　　　不良

検査結果（CBC、PLTなど）：　異常なし　　　異常あり（　　　　　　　　　　　　　）

感染症：　あり　　　なし

合併症：　あり　　　なし

病状告知：　告知済（　　月　　日）　　　未告知（　　　月　　　日予定）

妊孕性に関する説明：　説明済　　　　　説明未

精神状態：  比較的安定（病状告知を受け入れ、妊孕性温存について説明できる）

不安定（妊孕性温存についての説明はできる状態ではない）

　　パートナー：　　あり（　既婚　　事実婚 　婚約中）（パートナー：　　歳）

なし

　　子供：　　あり（　　人）　　なし

　　今後の挙児希望：　あり　　　なし

　　キーパーソン（一緒に説明を受ける可）：（　　　　　　　　　　　　）

　　(女性の場合)最終月経：　　　　年　　　　月　　　　日から

　予定されている治療について

　　内容・投与（照射）量：

　　治療開始予定時期：

　　治療開始最大遅延許容期間：

妊孕性温存・妊娠について

主治医からみ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

その他 (治療終了後妊娠可能までの期間、原疾患治療後の妊娠の問題点、等何かあれば記載ください)

治療についてはできるだけ詳細に記入御願いいたします。不明な点はご連絡差し上げる場合もございます。

ご記入終わられましたら必ず情報診療提供書もFAX(096-373-5828)をお願いいたします。