**群馬県がんと生殖ネットワーク・生殖医療機関への診療情報提供書**

 紹介元施設名

 　　　担当医

 　　　連絡先

**患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　患者識別番号**

**生年月日　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）**

**受診目的**

* **妊孕性温存療法の相談**（□受精卵凍結, □未受精卵凍結, □卵巣凍結、□精子凍結）
* **がん治療後・治療中の妊娠希望についての相談**
* **その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**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）

**手術**

* **実施済 □ 実施予定 □ 予定なし**

済もしくは予定の場合

術式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施（予定）日

治療開始遅延許容期間

**化学療法**

* **実施済 □ 実施予定 □ 予定なし**

済もしくは予定の場合

レジメン・投与量　　　　　　　　　　　　　　　開始（予定）日

治療開始遅延許容期間　　　　　　　　　　　　　治療終了見込み　　　　　　　　　　頃

**放射線治療**

* **実施済 □ 実施予定 □ 予定なし**

済もしくは予定の場合

照射方法・量　　　　　　　　　　　　　　　　　開始（予定）日

治療開始遅延許容期間　　　　　　　　　　　　　治療終了見込み　　　　　　　　　　頃

**現在までの経過**

**患者背景（適宜検査結果同封ください）**

状態

検査結果(Hb, Pltなど)

感染症　梅毒 (　　） HBsAg ( ) HCV ( ) HIV ( ) ATLA ( )

合併症

精神状態

パートナー　□なし　　　□あり　　（□既婚、　□婚約中、　□その他　　　　　　　　）

子供　　　　□あり（　　　　人）　　□なし

**妊孕性への影響・妊孕性温存療法についての説明の有無**

□ 説明のうえ十分理解している

□ 説明したが理解は不十分, もしくは十分説明できていない

□ まったく説明していない

**妊孕性温存に関する本人（家族）の期待度**

□強く希望している

□専門医からの説明・カウンセリングのうえ判断したい

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**主治医から見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

消極的である場合の理由

治療後妊娠可能までの期間

がん治療後の妊娠の問題点

**妊孕性温存療法担当医からの回答**

□ できるだけ早い回答が必要 (連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

□ 通常の返事で良い

**その他伝達事項**