

がん・生殖カウンセリング 連携シート

【 記入日 : _____ 】

《 患者 基本情報 》

フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 年 月 日 (歳)
病院名,診療科,医師名 :		

【 受診目的 】

- 妊孕性温存の相談 (卵子凍結 ・ 受精卵凍結 ・ 卵巣組織凍結 ・ 精子凍結)
- がん治療終了後あるいは治療中の妊娠の希望についての相談
- その他の相談 (自由記載 : _____)

【 妊孕性温存 事前チェックリスト 】

- ・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 どちらとも言えない
- ・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

【 予後、告知について 】

- ・予後 (生命予後、再発リスクについて ; 抽象表現可)
(自由記載 : _____)
- ・予後の告知した相手
 本人 配偶者 キーパーソン (_____)
- ・告知した内容
 すべて説明した 予後については説明未

【 原疾患情報(がん治療について) 】

- ・原疾患名 初発 再発
(病名 : _____)
- ・初発 診断時期 (_____ 年 _____ 月)
- ・再発 診断時期 (_____ 年 _____ 月)
- ・組織型 (_____)
- ・病期、ステージ (_____)
- ・がん進行度、進展度 ※現在判明している範囲内で結構です。
 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) その他 (_____)
- ・乳がんの場合 ※ホルモン受容体検査(サブタイプ)
 不明 Luminal A Luminal B HER2 Triple Negative

がん・生殖カウンセリング 連携シート

【手術療法】 なし 施行予定あり すでに施行、治療歴あり

予定日または実施日 (_____)

術式 (_____)

【化学療法】 なし 施行予定あり すでに施行、治療歴あり

開始予定日または実施日 (_____)

レジメン名 ※抗がん剤名、回数、投与量、期間について記入。

(_____)

(_____)

【放射線療法】 なし 施行予定あり すでに施行、治療歴あり

開始予定日または実施日 (_____)

治療内容 ※照射部位、照射線量(Gy)、期間について記入。

(_____)

(_____)

【内分泌(ホルモン)療法】 なし 施行予定あり すでに施行、治療歴あり

開始予定日または実施日 (_____)

治療内容 ※使用薬剤、期間について記入。

(_____)

【造血幹細胞移植】 なし 施行予定あり すでに施行、治療歴あり

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

開始予定日または実施日 (_____)

前処置内容 (_____)

【治療開始遅延許容期間】生殖補助医療を用いた妊孕性温存療法は、時間を要する場合があります。がん治療の開始をどれくらまで許容、待機できますか？

数日以内 1~2週間以内 3~4週間以内 4~8週間以内

変更不可能 その他 (_____)

【治療後の妊娠について】がん治療後の妊娠に関する問題点はありますか。

(_____)

【備考欄】

連絡先：琉球大学病院 産科婦人科 生殖内分泌グループ
〒 903-0215 沖縄県西原町字上原 207 番地
TEL:098-895-1177 FAX:098-895-1426