

# 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 : \_\_\_\_\_)

## 【妊娠性温存 事前チェックリスト】

・妊娠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  
・主治医からみた妊娠性温存の推奨程度  推奨  消極的  どちらとも言えない

## 【感染症情報】

・感染症検査  あり  なし

※HBV,HCV,HIV,梅毒の検査結果の添付をお願いします。

## 【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娠性温存療法は、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 生殖医療外来

〒901-2725 沖縄県宜野湾市喜友名1076番地

TEL:098-894-1414 FAX:098-894-1415