

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

【 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