原疾患治療施設

京都大学医学部附属病院 京都府立医科大学附属病院 (病院名) _____

診療科

乳腺外科 小児科 血液免疫科 泌尿器科 その他 _____

担当医氏名 _____

患者 (氏名)：性 _____ 名 _____ (生年月日)： ____ 年 ____ 月 ____ 日 (年齢)： ____ 歳

配偶者もしくはパートナー(氏名)：性 _____ 名 _____ (生年月日)： ____ 年 ____ 月 ____ 日 (年齢)： ____ 歳

原疾患名 _____ 進行期 _____ 組織型 _____

原疾患治療開始時期：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (治療開始までの猶予* ____ 週間)

*妊孕能温存を行なう際に原疾患の予後に影響を与えないと考えられる猶予期間があれば記載下さい。
(妊孕能温存のために採卵を行なう場合、1周期で約2週間、2周期で約6週間が必要となります。)

患者への説明の有無 (ネットワークへの紹介に伴い行われた説明内容に丸をつけて下さい)

- ・ 病状と予後：(有・無)
- ・ 予定治療内容とそれに伴う妊孕能低下の可能性：(有・無)
- ・ 妊孕能温存方法とそれによる原疾患への影響：(有・無)

現病歴 これまでの経過、および予定されている治療の詳細について可能な範囲で記入ください。

(治療内容、治療期間、化学療法の場合はレジメン・薬剤の用量・回数、放射線治療の場合は照射部位・線量など)

これまでの治療経過

今後の治療予定、および各治療の開始時期

化学療法
(例:抗がん剤：レジメン名および投与量 _____ 期間 _____ 予定回数 _____)

放射線療法 (照射部位： _____ 照射方法： _____ 期間 _____ total 線量 _____ Gy)
 手術療法 (術式： _____ 手術予定日： _____ 年 ____ 月 ____ 日)
 その他 (ホルモン剤、分子標的治療剤、他 _____)

合併症(疾患名、担当施設・科名、担当医名、現在使用中の薬剤、採卵・採精の可否を問い合わせしておられましたらその結果)

備考 (妊孕能温存治療に際しての留意点等がありましたら御記入下さい。他、遺伝子解析結果の有無など)

検査結果 血液型、感染症、凝固系などの一般的な術前検査にあたる検査の結果があれば同封願います。