

送付先：金沢大学附属病院 がん相談支援センター FAX：076-234-4334

情報提供日： 年 月 日

情報提供元施設名 担当医（ 科 医師）

担当医 連絡先 電話（ - - ）

フリガナ
患者氏名（ ） 性別（男・女）
生年月日（ 年 月 日生） 年齢（ 歳）
郵便番号（ - ）
住所（ ）
電話番号（ - - *18歳未満は保護者連絡先）
パートナー（あり・なし） 子ども（あり（ 人）・なし）

疾患名（ ） 診断日（ 年 月 日）
臨床病期（ ）
組織型（ ）

○予後（生命予後、再発リスク；抽象表現可）

（ ）

○現在までの治療経過

（ ）

○患者背景（適宜検査結果を同封ください）

状態（PS など）

検査結果（CBC, Plt など）

感染症

合併症

精神状態

妊孕性温存に関する期待度

男性：射精能（可 不可）

精液検査結果

女性：経膈操作による採卵の可否（可・不可・わからない）

○想定している妊孕能温存治療

男性：精子凍結・精巣内精子採取術による精子凍結・わからない・その他

女性：胚（受精卵）凍結・未授精卵子凍結・卵巣組織凍結・わからない・その他

○主治医から患者への説明の有無（すでに説明されていますか？）

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）

妊孕性温存療法とそれによる原疾患への影響（有・無）

○予定される治療について

内容・投与（照射）量

治療開始予定時期

治療開始最大遅延許容期間

○妊孕性温存・妊娠について

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）

妊娠可能までの期間

がん治療後の妊娠の問題点

○その他

○金沢大学附属病院の妊孕性温存専門医へのコンサルテーション希望（あり なし）

○患者の金沢大学附属病院受診希望（あり なし 不明）