石川県がん患者生殖医療ネットワーク　患者情報提供書

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　　（　　　　　　　　　　　　　　　）

**〇予後（生命予後、再発リスク；抽象表現可）**

**〇現在までの治療経過**

**〇患者背景（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：経腟操作による採卵の可否（可・不可・わからない）

**〇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

**〇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）

**〇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

**〇妊孕性温存・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

**〇その他**

**〇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）

**〇患者の金沢大学附属病院受診希望**（　あり　　なし　　不明　）