患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　患者識別番号

紹介元施設名　　　　　　　　　　　　　　　担当医

疾患名　　　　　　　　　　　　　　　 　　進行期

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（適宜検査結果同封ください）**

　状態

　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

　パートナー　あり　なし　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　子供　あり（　　　　人）　　なし（　　　　　　　　　　　　　　）

**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（裏面もご利用ください）**