

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, Pit 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） \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_