

妊孕性温存 情報連携票

(西暦) 年 月 日

担当科 _____

主治医名 _____

患者氏名	フリガナ	生年 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日 () 歳
			<input type="checkbox"/> 平成			
<input type="checkbox"/> 既婚(子供: <input type="checkbox"/> 有(人 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 未婚(パートナー: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						

原疾患名	Stageなど	再発リスク <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
------	---------	--

初診日	年 月 日	患者は採卵可能な全身状態である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-----	-------	-----------------	--

ホルモン感受性の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ER () PgR () その他 ()
------------	---	------------------------

術前化学療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	開始予定日	年	月	日
-----------	---	-------	---	---	---

手術の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	開始予定日	年	月	日
-------	---	-------	---	---	---

術後化学療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	開始予定日	年	月	日
-----------	---	-------	---	---	---

放射線療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	開始予定日	年	月	日
----------	---	-------	---	---	---

内分泌療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	開始予定日	年	月	日
		予定投与期間 標準期間 年 少なくとも 年			

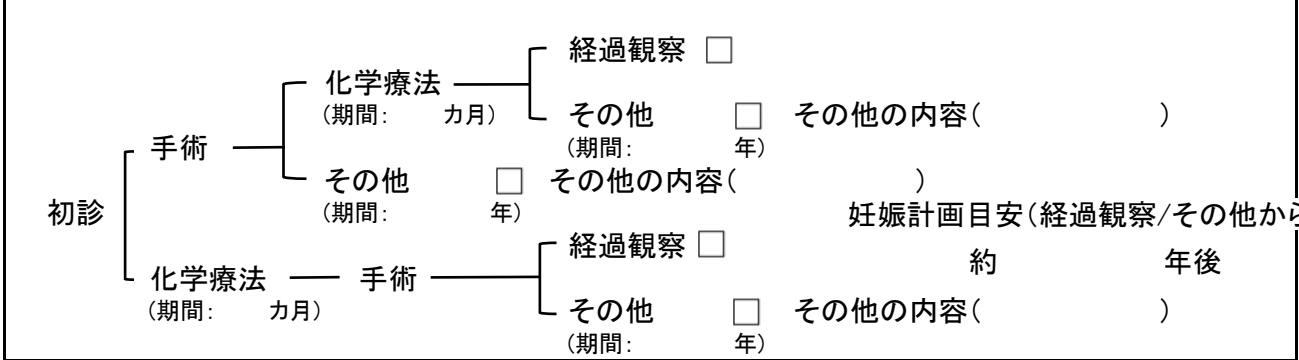
採卵可能な時期	年 月 日 ~ 年 月 日
---------	---------------

※できるだけご記入をお願いします

現在から

化学療法開始まで 手術開始まで 放射線療法開始まで 放射線療法終了まで
 内分泌療法開始まで その他

予定治療フローチャート(該当する治療方針を選択してください)



備考(採卵誘発剤/ホルモン剤使用の制限などはこちらに記載してください)