

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			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">▶ 予定投与期間</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">標準期間</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">年 少なくとも 年</td> </tr> </table>		▶ 予定投与期間	標準期間	年 少なくとも 年
▶ 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	<input type="checkbox"/> 化学療法開始まで <input type="checkbox"/> 手術開始まで <input type="checkbox"/> 放射線療法開始まで <input type="checkbox"/> 放射線療法終了まで <input type="checkbox"/> 内分泌療法開始まで <input type="checkbox"/> 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)

初診	手術	化学療法 (期間: カ月)	経過観察 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他の内容() (期間: 年)
		その他 (期間: 年)	<input type="checkbox"/> その他の内容()	
	化学療法 (期間: カ月)	手術	経過観察 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他の内容() (期間: 年)
			その他 <input type="checkbox"/> その他の内容()	

妊娠計画目安(経過観察/その他から) 約 年後

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)
