**がん・生殖情報連絡票**

愛媛大学医学部附属病院　がん・生殖相談外来

【受診目的】

□ 妊孕性温存の相談（卵子凍結、受精卵凍結、卵巣凍結、精子凍結など）

□ がん治療終了後あるいは治療中の妊娠の希望についての相談

□ その他の相談

（自由記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【病名】\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

【Performance Status】 　□0　　　□1　　　□2　　　　□3　　　　□4

【病期】□　原発性　（　　　　　　　　　期）

　　　　□　再発・転移

　　　　　　→根治を目指せる状況ですか？　□　目指せる 　□ 目指せない

【がんの予後についての説明】

　　　　　　予後について伝えましたか？　　□　伝えた　　　□　伝えない

【がん治療について】

１．手術　　　　　□なし

　　　　　　　　　□あり　予定日/実施日：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

術式＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．薬物療法（化学療法）

　　①殺細胞薬　　□なし

　　　　　　　　　□あり　開始(予定)日～終了(予定)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　 レジメン名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　 　(薬剤剤名も記載してください。例:TC療法(パクリタキセル、カルボプラチン)

　　②内分泌療法薬（ホルモン療法）

　　　　　　　　　□なし

　　　　　　　　　□あり　開始(予定)日～終了(予定)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　 レジメン名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　(薬剤剤名を記載してください)

　③分子標的

　　　　　　　　　□なし

　　　　　　　　　□あり　開始(予定)日～終了(予定)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　 レジメン名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　(薬剤剤名を記載してください)

３．放射線治療　　□なし

　　　　　　　 □あり　開始(予定)日/終了(予定)日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　 　　　　　　　　　　　照射部位＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【パートナーの有無】　□あり □なし

【最終月経（女性のみ）：聴取できていない場合は空欄でも可】

　　　　　　　　開始日＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　、周期\_\_\_\_\_\_日

【生殖医療担当医から問い合わせ可能な連絡先】

＊本コンサルテーションに関しての窓口となる医師名をご記入ください。複数記載可。

　診療科名：

　医師名：

【感染症の有無】　□　あり □　なし

* B型肝炎･C型肝炎･H I V･梅毒の検査結果があれば情報提供をお願いいたします。

【妊孕性温存をする場合のみ,以下の記載をお願いします】

・生殖補助医療を用いた妊孕性温存を行うには、時間を要する場合があります。がん治療の開始をどれくらまで待機できますか？

　□　数日以内 　□　1～2週間以内 □　3～4週間以内 □　4～8週間以内

　□　8週間以上以内 □　その他

【採卵や卵巣摘出、精子凍結保存の可能な時期】

年　　　　月　　　　日　　〜　　年　　　　月　　　　日

【その他　特記事項（自由記載）】