

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)日_____

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する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・HIV・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)】